جامعة طنطا

كلية الآداب

قسم علم النفس

العلاج السلوكي كآلية إحتواء و علاج للأضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية

رسالة مقدمة من الباحث

ممدوح مختار علي

لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في علم النفس

إشراف



الأستاذ الدكتور

عبد السلام أحمدى الشيخ

أستاذ علم النفس

كلية الآداب - جامعة طنطا

الأستاذ الدكتور

مايسة محمد شكرى

أستاذ ورئيس قسم علم النفس

كلية الآداب - جامعة طنطا

٢٠٠١

* * *



"ويسألونك عن الروح قل الروح من امر

ربى ، وما أوتيتم من العلم إلا قليلا"



سورة الإسراء الآية ٨٥

إهداء...

** الى كل من اعطونى كل شئ ووهبوا لى الحياة نفسها

إلى ابى رحمة الله عليه

وإلى امى أطال الله فى عمرها

**إلى زوجتى و أولادي الذين هم امتدادى

إليهم جميعا أهدى هذا الغرس المتواضع

.....

شكر وتقدير

بادئ ذى بدء اشكر الله العلّى العظيم على كل نعمائه وعطاياه فله الحمد والشكر على ما يسرنى وهيئنى له من مثابرة وجلد واجتهاد لاتمام هذا العمل وإنجازه كما أتوجه بالشكر والعرفان بالجميل إلى كل من ساعدنى وبذل معى كل الجهد الصادق وأخص بالشكر :

الأستاذ الدكتور عبد السلام احمدى الشيخ أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة طنطا ، على ما بذله معى من جهد كان له اكبر الأثر فى إخراج هذا البحث فى صورته الحالية .

كما أتوجه بالشكر العميق للأستاذة الدكتورة مايسة شكرى أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب – جامعة طنطا ، على ما أسدت لى من نصائح وتوجيهات وما خصصته لى من وقت كان له اكبر التأثير فى دفعى لتحقيق افضل ما لدى – اشكرهما على حسن إشرافهما علىّ وعظيم توجيهاتهم العلمية الدقيقة التى ولاريب آثرت هذه الدراسة وأيما تأثير .

والشكر العظيم إلى قسم السكر والغدد الصماء بطب عين شمس على العون الكامل فيما يتعلق بتطبيق أدوات الدراسة بشعبتيها التشخيصية والعلاجية، اشكرهم على رحابة صدرهم ومعاونتهم الصادقة طوال فترات التطبيق والدراسة .

كما أخص بالشكر كل من ساهم ولو مساهمة متواضعة فى سبيل إظهار هذا العمل على هذه الهيئة التى آمل أن أكون قد وفقت أو دنوت من التوفيق، فإذا كان ذلك كذلك فلله الحمد والشكر وإن كانت الأخرى فحسبى إننى لم ادخر وسعاً ولم أوفر جهداً – والكمال لله وحده ومنه العون والتوفيق .

"وما توفيقى إلا بالله، عليه توكلت وإليه أنيب"

الباحث

الفهرست

***

فهرست الجداول الواردة بالدراسة

ملاحق البحث.

الفصــل الأول

****

مدخل الى الدراسة

1. مقدمة الدراســــة
2. مشكلة الدراســــة
3. أهمية الدراســــة
4. متغيرات الدراســــة

مقدمـــة الدراسة

ان الجســم والعقــل وحدة لا تنفصم ، فيتوقف حدوث الكثير من الأمراض العضوية علي عوامل انفعاليـــة جنباً الي جنب مع العوامل البدنية ، فالإنسان وحدة من العقل والجسم معا ، وانفعالاته ما هي إلا ظواهر فيزيقية ،كما أن كل تغير فسيولوجـــــــــي له مقابل سيكولوجي (٨ : ١٥)*.

وهـــناك مـــنذ فجر التاريخ الأدلة الدامغة علي تأثير النفس علي الجسم ووظائفه ، فالعلاقة بين الاثنين قديمة قدم الزمان ، قدم تاريخ الفكر الإنساني و تأمله لسلوكه ، ولسلوك الآخرين من حوله (٣١ : ١٢) .

إذ يـــرجع اثـــر العوامـــل النفسية في الجسم الي زمن بعيد فقد اشار ، بريل A.A. Brill الي ان هيـــبوقراط Hippo Crates" أبـــو الطـــب" قـــد نادى وطالب الأطباء ان يسلموا بكليات الامور حتى يستطيعوا ان يحققوا شفاء مرضاهم، كما استطاع ابو الطب كذلك شفاء برديكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسمي ذلك عن طريق تحليل وفهم أحلامه (٣١ : ١٤) .

وهـــناك محاولات كثيرة لكثير من العلماء والفلاسفة والمفكرين والأطباء تستهدف جميعها لتـــناول موضوعي الجسم والنفس من منظور تكاملي أو مترادف في بعض الأحيان ، تدليلا علي وحدة هذا المكون وهذا الانسان ، ولعل من ابرز هؤلاء العلماء والأطباء " هو انج تي" إمبراطور الصـــين الـــذي أشار ان الإحباط قد يصيب الناس بأمراض عضوية وسورانوس وسيليوس اللذان مارســـا العلاج النفسي في روما لتخفيف ما كان يعانيه مرضاهم من آلام وأمراض جسدية ، وفي العصـــور الوســطي اســتطاع بلانـــتر Blanterعام ١٧٧٢ أن يبتدع نظرية جديدة تسمي بالنظرية الفسيولوجيـــة شارحا ان النفـــس والجســـد وحدة لا يمكن ان تنحل إلا بتحليل الجســـــــــــــد (٨ : ١٩).

---

* حيـــث يشير الرقم ٨ الى رقم المرجع فى قائمة المراجع كما يشير الرقم ١٥ الى رقم الصفحة

إلا ان العصــــر الحديــث لم يخل من تدعيم فكرة إسهام العوامل الانفعالية في أحداث اضطرابات عضوية ، فقد بدا كانون Cannon دراسات تناولت النظام السمبثاوي والتي اتضحت من خلالها فكرة المشــقة Stress ، وقد اتسعت هذه الفكرة لتشمل النظام الهرموني لدي سيلي selve في نظريته زملة أعــراض التكيف[1] العام والتي تم تعديلها بواسطة ولف Wolf لتشمل الفروق الفردية في الاستجابة تبعاً لتكوين الشخصية و بنية الجسم.

ثــم ظهر بعد ذلك هذا المفهوم علي أيدي الباحثين المهتمين بدراسة مجال السيكوفسيولوجــي مثل لاســي Lacey (١٤٤ : ٣٢) .

يتضــح مــن خــلال هذا العرض المبسط الذي تناول علاقة الجسم بالنفس ان دراسة هذه العلاقة قد شغلت الكثير من العلماء الفلاسفة والأطباء ، وان اتخذت هذه الدراسات أشكالا عديدة ، فمـــن الآراء والأفكـــار الـــنظرية الـــي الدراسات التطبيقية العملية ، و لعل هذا ما هو متمثل في موضوع دراساتنا الحالية ، الذي يتناول اثر العوامل النفسية علي الاضطرابات العضوية أو بمعني آخر اثر التدخلات النفسية في احتواء وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية .

ويــندرج مرض السكر تحت فئة اكثر عمومية وهي الاضطرابات الغدية ويحتوي هذا النمط من الاضـــطرابات علي تضخم الغدة الدرقية وما يصاحب ذلك من فقدان الاتزان الغدي وزيادة إفراز الغـــدة الدرقية والسمنة[2] والنحافة . وأخيرا اختلال عمليات الهدم[1] والبناء وعندها يحدث خلل فى غـــدة البنكرياس نتيجة لقصور في عمل الأجهزة المناعية[3] نتيجة لتعرض الفرد لقائمة من المشقة بمختلف تأثيراتها ، الأمر الذي قد ينتهي باضطراب مستوي الجلوكوز بالدم المعروف باسم السكر (١٥١ : ٣٧) والذي يعتبر من المشكلات الصحية ذات الانتشار الواسع علي مستوي العالم .
ولمرض السكر نمطين ،

---

[1]General Adaptation Syndrome(GAS)

الـــنوع الأول وهو سكر الأطفال ويعتمد في علاجة علي الأنسولين ويصيب المرضي تحت سن ٢٥ ســـنة ويــرجح ان يكون سبب الاصابة وجود خلل مناعي – بمعني ان الخلايا المسئولة عن الدفـــاع عن الجسم ضد غزو الميكروبات او الأجسام الغريبة صارت تهاجم الجسم نفسه وبالتالي يحـــدث تغير لغدة البنكرياس ، ومن ثم يعجز عن إدرار وإفراز هرمون ألانسولين لحرق كميات الســـكريات الموجودة بالجسم واللازمة لاستصناع الطاقة ومن ثم تحدث الإصابة .وهذا النوع من السكر يصيب ١ من كل ٤٠٠فرد (٩٨ : ٦٤) .

والـــنوع الـــثاني مـــن السكر عادة ما يظهر في سن متأخر أي بعد منتصف الثلاثينات وأوائل الأربعينات ويستجيب للعلاج بالأدوية المخفضة للسكر (٩٨ : ٥٤) .

ومـــنذ فـــترة طويـــلة والمجـــتمع العلمي الطبي يحظر علي مرضي السكر ، الحلويات والكحول والدهون ، وحتي عهد قريب جدا كان قلة الأطباء يدركون الدور الذي تلعبه التوترات النفسية في التأرجح بين كميات السكر القليلة والكثيرة في الدم (١١٧ : ٢٣).

وعـــندما بـــدأ الباحثون يرقبون هذا الارتباط وجدوا ان التوتر النفسي والاكتئاب هو العلة الممرضـــة فـــي كثير من الأمراض المرتبطة باضطراب المناعة الذاتية التي تؤثر علي الجوانب الفيزيولوجية من المرض وعلي طواعية المريض، وتدل الدراسات الإكلينيكية والمخبرية علي ان التوتر والقلق النفسي لهم دور بارز في ظهور السكر (٤٣ : ١٨).

كما يري دانييل كوكس من جامعة فرجينيا بقسم أبحاث مرض السكر وجود علاقة مباشرة بيـــن مقـــدار الشـــدة والتوتر النفسي من جهة وضبط مستوي السكر بالدم من جهة أخرى ، فعند الشخص المتمتع بصحة جيدة يتحول الطعام الي سكر ومن ثم يحمل الي خلايا الجسم بواسطة الدم حيث يحوله الأنسولين الي طاقة ويظهر مرض السكر عادة عندما تختل وظيفة البنكرياس المنتجة للأنسولين ، فينتقص إنتاجها من الهرمون وبالتالي لا يحترق السكر في الدم احتراقا كافيا ، فيتراكم في الدم مشكلا ما نسميه فرط سكر الدم الذي يسبب في النهاية الموت بما يسمي غيبوبـــــة السكر (٨٩ : ٥٣).

ويـــري Lust man – Pj(لاست مان) عام ١٩٩٧ ارتباط السكر بالاضطرابات الوجدانية ، فقد أجـــرى بحـــث للوقوف علي مستوي الاكتئاب عند مرضي السكرى وإفادات الدراسة ان الاكتئاب كان بين التشخيصات المؤكدة لهؤلاء المرضي مستندا للتصنيف الثالث المعدل للجمعية الأمريكية[١١] للطب النفسي ١٩٨٧ (١٠٠ : ٢٥).

كمـــا تؤكـــد دراسة Jacobson عام ١٩٩٧ تأثير الاضطرابات النفسية علي نوعية الحياة لمرضي المصـــابين بالسكري، ومن أمثلة هذه الاضطرابات : القلق النفسي ، الاكتئاب الإحباط ، الانطواء الاجـــتماعي (٩٠ : ١١) ويحاول الباحث في هذه الدراسة استخدام العلاج السلوكي عن طريق الاســـترخاء والعائد الحيوي في احتواء وعلاج الاضطرابات النفسية والانفعالية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض المتغيرات الشخصية .

١

مشكلة الدراســـة :-

الموضـــوع الرئيســـي للدراســـة الحاليـــة يتناول مشكلتين فرعيتين أحدهما يتسائل عن : ما هى الاضطرابات الانفعالية المصاحبة أو المترتبة للإصابة بمرض السكري وتفسير هذه الاضطرابات في ضوء بعض متغيرات الشخصية ؟.وثانيهما يتسائل عن : ما هو دور التدخلات النفسية ممثلة في العلاج السلوكي بطريقتي الاسترخاء استخدام العائد الحيوي لاحتواء وعلاج هذه الاضطرابات النفسية المصاحبة أو المترتبة علي الإصابة بمرض السكر؟ .

وقـــد تـــناولت دراسة نابيبوف Nabiboff عام ١٩٨٢ إمكانية تشخيص الاضطرابات النفسية المصـــاحبة لمرض السكر باستخدام بطارية منسيوتا متعددة الاوجة للشخصية MMPi وخلصت الدراسة الي ان الاكتئاب والقلق النفسي والإعياء المرضي من بين الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر (١١٣ : ٣٧).

كمـــا حـــاولت الدراســـة Alba – perezعام ١٩٨٥ ان تفسر وتشرح العوامل النفس- اجتماعية المصـــاحبة لمـــرض الســـكر وذلك بالاستعانة باستبيان تحليل الذات لكاتيل R. Cattle's self – anlysine questionnire
بالإضـــافة الـــي المقابلات الإكلينيكية وقد افاضت الدراسة الي ان مرضي السكر كانوا اكثر قلقا ووسواساً وفصاماً من مجموعة الأسوياء (٤١ : ٣٥).

كما ان دراسة شيمبرج Schaumburg عام ١٩٨٨ تعد دراسة مهمة في الميدان حيث قامت بتقويم العصـــابية وتقـــبل المرض وسوء الوظيفة الجنسية عن طريق استخبار أيزنك للشخصية ومقياس قبول المرض DAS
ومقياس سوء أداء الوظيفة الجنسية (١٢٦ : ٢٦)

أو انـــتهت الدراســـة الى ان مرضـــى السكر يعانون من العصبية الجنسية و سوء اداء الوظيفة الجنسية.

ودراســة ميلــتون Milton عــام ١٩٨٩ والــتي تناولت اثر العلاج النفسي المختصر للمرضـــي المصـــابين بالســكرى فقــد أفادت الدراسة بان العلاج النفسي استطاع ان يؤثر علي الاضطرابات الانفعالية التالية علي الإصابة بمرض السكري تأثير إيجابيا (١١١ : ٨).

ودراســة لان Lane والــتي نشرت في عام ١٩٩٣ بعنوان الاسترخاء و علاج السكر فقد انتهت الى ان الاسترخاء و ممارسته ، من شانه ان يساعد مرضى السكر عن طريقين :

الأول: تحسين الاضطرابات الانفعالية المصاحبة لمرض السكر.

والــثاني : فانــه بناء علي تحسين الوظائف النفسية واضطراباتها ، أمكن مساعدة مرضي السكر للتحكم الانفعالى و بالتالى التحكم في نســب الجلوكوز بالدم . (٩٤ : ٢٠).

وفــي بحــث مــاكويد Mccouiad عام ١٩٩٩ طريقة أخرى للتدخلات العلاجية لمساعدة مرضـــي الســكري ، وذلــك باســتخدام العائد الحيوي Bio feed back باستخدام تقنية E M G واســتطاع الباحث ان يدرب المرضي باستخدام هذا الأسلوب للتغلب علي التوتر ومراقبة درجات الاسترخاء مما اسهم مباشرة في تحسين وعلاج الاضطــرابـــات الانفعالية المترتبة والمصاحبة للإصابة بالسكـــري (١٠٨ : ٣٧).

أهمية الدراســــــــة :

تستمد الدراسة الحالية أهميتها من النقاط الآتية :-

١- تشـــير الإحصــــاءات ان ما يقدر بحوالي ١٨٠ مليون مريض في أنحاء العالم يعانون من مرض فرط السكر.

و يعتقد ان الرقم السابق فى تزايد مستمر ومن المحتمل عام ٢٠٠٥ ان يصل الي ٢٢٠ مليون نسمة وحوالي ٧٠ مليون نسمة معرضين للإصابة (١٣٩ : ٦٢).

٢- قلة الدراسات العربية التي تناولت العلاقة بين العوامل السيكولوجية والعوامل البدنية ممثلة في مرض فرط السكر .

٣- النمط الثاني من اضطراب السكر غالبا ما يصيب الأفراد من سن ٣٠ فما فوق وهي سن إنـــتاجية ومســـاعدتهم سيكولوجيا وتقديم العون النفسي لهم ولذويهم للتغلب علي هذه المشكلة الصحية إنما يعني الاستفادة منهم في رفع معدلات الإنتاج والتنمية.

٤- ولان مـــرض الســـكر مـــرض مـــزمن ويستمر مع المريض منذ اصابتة حتى مماته ، فالأعـــراض الجانبية للمرض تمثل مشكلة صحية غاية في الخطورة ، ففي الحالات المتأخرة مـــن الإصـــابة بالســـكر يحـــدث تـــلف في شبكية العين وقد يؤدى ذلك للعمي ، وتلف الكلي والأعصـــاب وضـــغط الـــدم والقـــدم السكرية (٧٢ : ١٥) ومن هنا وجب الاهتمام بهذا الاضطراب لما يمثله من مشاكل صحية علي درجة كبيرة من الخطورة .

٥- ومـــن الناحية السيكولوجية أوضحت الدراسات وجود علاقات ارتباطية دالة بين الإصابة بمـــرض السكر وبين ظهور حالات نفسية مصاحبة للإصابة أو تالية أو سابقة عليها مما ينتج عنها تدهور في نسب الجلوكوز بالدم والتحكم فيه (١٥٠ : ١٣٩).

أهداف الدراســــــــــــة:-

تهدف الدراسة الحالية الي:-

١ - تقويــم دور التدخلات النفسية (العلاج السلوكي) باستخدام العائد الحيوي لتحقيق الاسترخاء فـــي التخفيف من المصاحبات النفسية لمرضي السكر والمحددة بالقلق والاكتئاب في ضوء بعض متغيرات الشخصية .

٢ - الــتحقيق مـــن مـــــــدى إمكانيـــة نجاح التدخلات النفسية (العلاج السلوكي) في تخفيض مستويات الجلوكـــوز بالدم .

متغيرات الدراســـــة :-

١ – مرض فرط السكر Diabetes Mellitus

ا : التعريف الطبي

تعريف كانون، Canoner

مـــرض الســـكر هو اضطراب مزمن في عملية التمثيل الغذائي يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الـــــــــدم ، والمسئـــــول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق أو النســـبي للأنسولين (٦٩ : ١٥) حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب وعلي اعتـــبار ان الأنســـولين هـــو الهـــرمون الـــذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر والكـــربوهيدرات الـــي طاقة ، فانه عندما يحدث اضطراب وظيفي للأنسولين يزداد الجلوكوز في الدم ويظهر بالبول كذلك .

ب – التعريف السيكولوجي :

يعتـــبر مرض السكر أحد الاضطرابات الجسمية الحقيقية والتي تسهم العوامل السيكولوجية بدور هـــام في بداية الإصابة بها أو في تفاقم الحالة المرضيـــــــة للفرد . وهذا التعريـــف وفقا لما ورد بقائمة التصنيف التشخيص (DSM . III,R ,1987).

٢ – الاكتئاب Depression

خـــبرة وجدانية ذاتية أعراضها الشعور بالانقباض والحزن والضيق واليأس والتوتر والرغبة في إيـــذاء المرء لنفسه وعدم القدرة علي بذل الجهد وعدم الاهتمام واللامبالاة وعدم الاستمتاع بمباهج الحياة كما كان يدركها ويحس بها من قبل .(١٨ : ٢٥).

٣ – العصابية Neuroticism

هي عدم الاتزان الوجداني أو الانفعالي الموروث والذي يهيئ الشخص ويجعلـــه مســـتعدا لتكوين أعراض عصبية عند التعرض للضغط (٢ : ٧).

٤ –الاسترخاء **Relaxation**

هو طريقة ابتكرها واستخدامها العالم Gacobson ، ويتيح للمريض ان يتدرب علي اراحة عضلاته ، فالاسترخاء التدريجي للعضلات يؤدى الي زوال الآثار التي يخلفها النشاط الذهني وتتركهـــا الاضطرابات الانفعالية من آثار ويؤدى الي تلاشيها بصورة تدريجية (١٣ : ١٢).

٥ – **القلق النفسي Anxiety**

يري شيبلبرجر ان القلق النفسي ظاهرة وجودية فالإنسان عليه ان يعيش القلق النفسي لان وجودة غيــر ذاتــه وهو لذلك يفكر دائما في قلق ،واستجابة القلق إما تكون حادة أو مزمنة ويمكن تقسيم القــلق إلي قسمين كبيرين هما قلق الحالة Anxiety state وقلق السمة Anxiety Trait الأولى يعبر عنها من خلال المواقف الحياتية اليومية كقلق الامتحان أو الانفصال أو الأصابة بالمرض – وقد تكون هذه الحالة مؤدية الي الإصابة بالمرض .

والثانية قلق السمة وهي اكثر استقرارا ووجوداً من القلق ويتم التغلب عليها بالعلاج النفسي العميق ويتصـــف من يتسمون بقلق السمة بان رتم وإيقاع حياتهم واحد تبدو عليه مظاهر الاضطراب في مـناحـــي كـــثيرة تشـــمـــل العمـــــل ، والمـــنزل . والأصـــدقــــاء والمؤسســـات الاجتماعيـــــة (٧ : ٢٥).

٦ – **العلاج السلوكي Behavioral therapy**

هـــو نـــوع مـــن العـــلاج النفســـي يقوم علي نظرية الاشتراط ويعتبر هذا النوع من العلاج ان الاضطرابات الانفعالية هي قضايا تخص التعلم وعلاجها أوحل المشاكل الانفعالية يكون بتصحيح التعــلم وبالـــلجوء الي طرق التعلم المعروفة و هى أنواع كثيرة كالعلاج الفيضي والعلاج المنفر والكــف المتــبادل والانعكــاس الشرطي والعلاج بتقليل الحساسية وقد يستخدم الاسترخاء والعائد الحيــوي كأســاليب علاجيــة فعالة . والعلاج السلوكي كغيرة من العلاجات قد يؤدى في طرائق استخدامه شفاء نسبة من المرضي في حالات دون حالات وما تزال مع ذلك الحالات الكثيرة التي يمكن استخدام العلاج السلوكي تتزايد ويثبت فاعليتها حسب مهارة المعالج ومن هذه المجالات :– العـــادات كـــالوازم ، ومص الإبهام ، والتهتهة والتدخين واضطرابات الشخصية كاللواط والإدمان عـــلي الكحـــول والعقاقيـــر والاســـتجابات العصــابية كالقلق والوجدانية كالاكتئاب والاستجابات

الفســـيولوجية كالـــتوتر المفرط وقرحة المعدة والربو وإمراض القلب والضغط والسكري وبعض إشكال الذهان (١٦ : ١٥).

العائد الحيوي **Bio feed back**

ويقصـــد بأســـلوب العـــائد الحيوي استغلال بعض الأدوات المخصصة لرصد وتسجيل عدد من العمليات الفيزيولوجية التي تتم عادة داخل جسم الإنسان وعلي غير وعي منـــــــه استغـــــــلال هذه الأدوات لعرض نتـــــائج هذا التسجيل علي مشهد من الشخص بواسطة مبينات بصـــــــرية أو سمعية.(٢٨ : ١٧).

وبذلك يصبح الشخص منتبها لما يدور بداخلة من عمليات فيزيولوجية لحظة بلحظة وعن طريق الملاحظـــة الدقيقـــة لما يصحب هذه العمليات من تغيرات شعورية (في مستوى القلق مثلا ، أو مســـتوى الشـــعور بالـــراحة والاســـترخاء) يســـتطيع ان يربط بين حالته الفيزيولوجية وحالته السيكولوجية(٢٨ : ١٧).

الفصل الثاني

****

الإطار النظري للدراسة

- الطب السلوكي وعلم النفس الصحة .

أ- الاضطرابات السيكوماتية.

٢- المشـــــــــقة

٤- الاكتئـــــــــاب

(- القلـــــق النفسي

- العـلاج السلوكـي

١- الاســـــــترخاء

٨- العائـــــد الحيوي

الطب السلوكي وعلم النفس الصحة

التعريف :-

ان مصطلح الطب [1]السلوكي حديث العهد نسبيا ، وقد اشتق من تسميات عديدة من التقنيات والأنظمة العلاجية . آما المصطلحات السابقة التي حاولت توجيه الميدان الذي نسمية ألان بالطب السلوكي فقد تفاوتت في نسبة نجاحها في خلق دفع مشترك وتأثيرات علي ميدان خدمات العناية بالصحة .

ان كل ميدان من الميادين التي انبثق عنها الطب النفسي أسهمت إسهامات رئيسه في مجال الصحة ، ومع ذلك لم تكن في منأى عن الانتقاد العلني من جانب الناس العاديين ومن قبل أصحاب الاختصاصات في الميادين الأخرى كعلم النفس أو الاجتماع أو الطب النفسي .

ونحن لسنا بحاجة الان لتوجيه مثل هذا النقد مرة أخرى لان كل الميادين قد أسهمت في خلق علوم الصحة والسلوك ، كل ما يجب التركيز فيه هو توحيد الجهود وذلك باستباق مع الزمن لإيجاد نظام اكثر توحيدا وتكاملا يمكن من خلاله تقديم الخدمات والتدخلات السيكولوجية لخدمة المرضي المصابين باضطرابات عضوية وتساهم في تقديم أدوات بحثية وقياسية اكثر دقة في رصد المتغيرات السيكوفسيولوجية مع اقتراح الطرائق العلاجية المعتمدة علي نظريات علم النفس والعلاج النفسي والسلوكي لمواجهة هذه الاضطرابات العضوية(١٢ : ٢٥).

ففي عام ١٩٧٧ عرف الطب السلوكي بالتعريف التالي :-

الطب السلوكي هو الميدان الذى يهتم بتطور وإنماء العلم السلوكي وكذلك المعرفة والتقنيات المتعلقة أو المرتبطة بالصحة البدنية والمرض وتطبيق هذه المعرفة وتلك التقنيات في مجالات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التأهيل (١٢ : ١٨) وفي الوقت الذي نجد ان هذا التعريف يتضمن كلمة "الطب" وينظر أليه بمعني محدد يطرح ذاته علي أساس نموذج طبي تقليدي ضيق النطاق ، فهناك العديد من المناقشات التي تؤكد إمكانية تطبيق الطب السلوكي بنجاح ولكن بمنظور أوسع في ميدان الطب والأمراض بوجه عام (١٢ : ١٦) .

---

[1]Behavioral Medicine 2 Self .regulation

امـــا بوميرلو Pomerleau وبرادى Brady عام ١٩٧٩ فقد استخدما هذا المصطلح " اى الطب السلوكي" لوصف الأنواع المختلفة من المدخلات العلاجية والأبحاث في المشكلات الطبية والنفسية الفيزيولوجية – رغم نظرتهما لتعريفهما علي أساس تجريبي لاعتقادهما ان الطب السلوكي مازال في طور التفكير المتطور ولم يستقر بعد علي أبعاد ثابتة .

ومـــن ناحيـــة أخـــرى يـــرى استروبل Strobel (١٩٧٩) ان الأخصائيين في الطب السلوكي يستخدمون تقنيات متنوعة منسقة فيما يسمي بالتنظيم[٢] الذاتي العلاجي ، الأمر الذي يحفز المرضى علي الإسهام والمشاركة في أساليب العلاج لكي يشاركوا في المسئولية الفردية لحياتهم اليومية في أوقات الصحة والمرض .

وهـــناك عـــددا مـــن الأفـــرع ذات الصـــلة بالطب السلوكي بعضها متصل بعلم الاجتماع والـــبيولوجي وعلم السلالات والرياضيات والعلوم الإلكترونية إضافة الي علاجات البدن والاتجاه التقـــليدي وغير التقليــــــدي لتناول فهم وتشخيص و علاج الأمراض العضوية وهي علي الوجه التالي :–

١ –الطب الوقائى[١] يشمل الطب الوقائي والعناية بالصحة في تركيزهما علي المحافظة العامـــة علي الصحة واستخدام البرامج الوقائية او المبدلة لنمط الحياة بغرض تعديل السلوك الذي يؤثر بدوره علي الصحة .

٢ – **الطب السيكوسوماتي :–**

يعـــود هـــذا الطـــب وممارســـته بجذوره التفاعلات بين الوظائف الحيوية والعمليات الترميزية اوالاشـــعورية ويـــنظر الـــي تأثير الحالات الانفعالية أو الاستجابات الناجمة عن التوتر في خلق الأعراض السوماتية و المرض علي إنها من الأسباب المهمة لإحداث اضطرابات ومن المعروف ان التحليل النفسي في تركيزه علي الأعراض البدنية ودراسته لها اعتمادا علي الصراعات النفسية كـــان فـــي واقـــع الأمر مستند الي أرضية خلفية سيكاتيرية وما ان اتسعت آفاقه وأهدافه حتى بدأ مؤيدوه في أدراك العناصر النفسية المسببة لجميع سمات المرض البدني واضطراباته واقتنعوا ان

[1]preventive Medicine

ممارسة الطب يمكن ان توجه بمجال أوسع علي المستوى النظري لصالح الطب السوماتي النفسي (١٢ : ١٣).

٣ – علم النفس الطبي[٢] :–

يعرف راكمان Rachman (١٩٧٧) علم النفس الطبي علي انه : تطبيق المفاهيم والطرق النفسية علي المشكلات الطبية . ويقرر ماسيـــر Masur (١٩٧٩) ان علم النفس الطبـــي هو ميدانا لتطبيقات مبادىء و اساليب علم النفس فى مجال الصحة المرض الجسمى (٢٢ : ١٢).

٤ –التغذية الحيوية[٣] :–

يعتـــبر هذا العلاج السلوكي منحي علاجي يندرج ضمن استخدامات عريضة وواسعة ولكنه لا يعد اختصاصـــا منفصـــلا يقـــوم بمفرده وينهض بنفسه مستقلا من غيره ويعرف بأنه استغلال بعض الأدوات المخصصـــة لرصـــد وتسجيل عدد من العمليات الفيزيولوجية التي تتم عادة داخل جسم الإنســـان وعلي غير وعي منه ، استغلال هذه الأدوات لعرض نتائج هذا التسجيل علي مشهد من الشـــخص بواســـطة معينات بصرية أو سمعية أو كلاهما وبذلك يصبح الشخص منتبها لما يدور بداخلـــه مـــن عمليات فيزيولوجية لحظة بلحظة ، وعن طريق الملاحظة الدقيقة لما يصحب هذه العمليات من تغيرات شعورية (في مستوى القلق مثلا ، أو مستوى الشعور بالراحة والاسترخاء) يستطيع ان يربط بين حالته الفيزيولوجية وحالته السيكولوجية (٢٨ : ١٧) .

---

[٢]Medical Psychology
[٣]Bio feed back

٥-الصحة الكلية[١]:

هو منحي علاجي غير تقليدي ينظر الي الإنسان ككل وليس كأجزاء منفصلة ، ويركز علي الميــول الــتي تزيل من الإنسان إنسانيته في الأساليب التكنولوجية الطبية ويدين الممارسات التي تلحق اعتلالاً بالشخصية في مجال العناية بالصحة .

لــذا فــان هذا الاتجاه يؤمن بان الطب يجب ان يكون " كليا " ويتعين علية ان يهتم بكامل وظائف الإنســان ، ويركــز الطــب الكلي علي أهمية تقويم الفرد بكليته في تعامله مع قيم نموذج الحياة والنواحي البدنية والغذائية والبيئية والانفعالية والروحية إضافة الي استخدام الأساليب الطبية القديمة (١٢ :٣٥).

علم النفس الصحي[٢] :-

وهــو احــدث من الطب السلوكي وعلم النفسي الطبي ، وقد تم توسيعه فشغل قسما من تنظيمات الجمعيــة الأمــريكية النفســية APA منذ فترة وجيزة بهدف تجميع علماء النفس المهتمين بدراسة الصحة والعناية بالصحة ، ويؤمن اتباع هذا العلم الجديد انه سيكون له شأن كبير مستقبلا ، ليتفوق عــلي الطب النفسي - والطب السلوكي ، والطب السوماتي ، ليشكل إطارا لنظام علاجي رسمي ، إلا ان وجــودة ضــمن اختصاصــات علماء النفس الذين يقدمون الخدمات الصحية ، إضافة ان مجالاتــه هي إطار البحث الأكاديمي ، يحمل علي الشك في انه سيصبح اختصاصا قائما في مجال العناية بالصحة (١٢ :٢٢).

آمــا بــرووم Broome, A. (١٩٨٩)فيرى ان علم نفس الصحة يقدم التناول الأمثل لصحة الفرد من خــلال ثــلاث محــاور رئيسية تحدد طبيعة هذا التناول يشير أولها الي ضرورة إشراك العامل النفســي كعامل خطر يجب النظر إليه بعين الاعتبار عند تقدير أسباب المرض[٣]ويختص المحور الــثاني بدراسة ظاهرة التزامن[٤] بين العمليات النفسية والمشكلات الصحية التي يعاني منها الفرد ،

[١]Holistic Health
[٢]Health Psychology
[٣]Aetiology
[٤]Concurrence

ويتعلق المحور الثالث بالجهود التي تبذل لاجل تطوير وزيادة دقة وكفاءة الوسائل والأساليب السيكولوجية بهدف عمليات التشخيص والتأهيل والعلاج (٢١ :٦١).

الاضطرابات السيكوسوماتيــــة[1]

ظهــر مصــطلح الاضطرابات السيكوماتية في ثوب جديد عام ١٩٥٢ عند بداية ظهور وصدور الدليــل التشخيصي الإحصائي الأول DSM I لجمعية الطب النفسي الأمريكي فسميت هذه الفئة بردود الفعل السيكوفسيولوجية [2] ويشير كابلن Kaplanالي ردود الفعل السيكولوجية وفقاً لتعريف جمعيــة الطــب النفســى الأمــريكي هــي أعراض ناشئة عن حالة شديدة ومزمنة من التغيير الفسيولوجية للانفعال.

ولــم يختــلف ذلــك المصــطلح في دليل التشخيص الثاني عام ١٩٦٨ عدا استخدام مصطلــــح اضطرابات disorders بدلا من ردود الفعل reactions (١٣٩ : ٣٣) .

أمــا التصنيف الإحصائي الثالث DSM III عام ١٩٨٠ لجمعية الطب النفسي الأمريكية فقد اختــلف تمامــا عن التصنيفين الأول والثاني حيث الغي استخدام مصطلح اضطرابات أو ردود الأفعال السيكوفسيولوجية السابق استخدامها ، وظهرت فئة العوامل السيكوفسيولوجية المؤثرة علي الحالات الجسمية.

Psycho Physilogical factors affecting physical conditions (٢١:١٣٩)

تلاه بعد ذلك التصنيف الإحصائي الثالث المعدل DSM III R ١٩٨٧
والذي أضاف بعض المعايير الجديدة ليقوم علي أساسها التشخيص Diagnosis
مثل الأعراض السابقة للمرض – التكييف قبل بداية المرض – مدة سير المرض – احتمال تطور المرض – انتشار المرض – الفروق الجنسية (٨٦:١٧).
وفــئة العوامل السيكولوجية المؤثرة في الحالات الجسمية يمكن استخدامها لأي حالة جسمية تساهم فيها العوامل السيكولوجية وانه يمكن استخدامها لوصف الاضطرابات التي أشير إليها في الماضي بكل من السيكوسوماتية أو السيكوفسيولوجية .

[1] Psycho-Somatic Medicine
[2] Psycho-Physiological Reactions

ويشــير ويري werry (١٩٨٦) إلى وجود عدد من المحكات التشخيصية لتلك الفئة من العوامل الســيكولوجية المؤثرة في الحالات الجسمية كما وردت بالتصنيف الإحصائي الثالث _DSM III وهي

١- المثيرات البيئية ذات المغزي السيكولوجي مرتبطة بشكل يتزامن مع بداية الإصابة بالحالة الجسمية أو تطورها .

٢- الحالــة الجســمية يكون لها اصل مرضي واضح (مثل التهاب المفاصل الروماتيزمي)أو اصل فسيولوجي مرضي معروف (مثل الصداع النصفي والتقيؤ) .

٣- الحالة الجسمية لا تكون ناشئة عن اضطراب جسمي الشكل somatoform disorder وهذا المحل التشخيصي وفقا لماورد بالتصنيف الحديث ١٩٨٠ DSM III (werry ,j.86) ومجموعة العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الجسمية تقع علي المحور الثالث _axis III للتصــنيف الــثالث المعــدل . لجمعية الطب النفسي الأمريكية DSM III_-R حيث ينقسم إلى خمســة محــاور ، المحاور الأول والثاني والثالث تمثل التقسيم التشخيصي ، والمحوران الرابع والخامس تمدنا بمعلومات إضافية تساعد علي استكمال التشخيص (٤٣ : ١٥٠).

وجدول (١) يوضح لنا تلك المحاور التشخيصية المتعددة ، كما وردت في دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٨٠

المحور الأول (AXIS I)	زملة الأعراض الإكلينيكية السيكاتيرية
المحور الثاني (AXIS II)	اضــطرابات الشخصــية (لــدي الراشدين) أو اضطــرابات النمــو(لدي الأطفال والمراهقين) وتشير إلى أي اضطرابات في توافق الفرد والتي لم تصنف في المحور الأول .
المحور الثالث (AXIS III)	الاضــطرابات الجسمية وتشمل الاضطرابات الجسمية الحقيقية والتي ترتبط بعوامل سيكولوجية في بداية الإصابة بها أويتزامن وجود هذه العوامل السيكولوجية مع تدهور الحالة الجسمية .
المحور الرابع (AXIS IV)	مسببات الانعصاب السيكواجتماعية (وتشير إلى مصادر المشقة الحاليــة لــلفرد مثل الطلاق ،الإحالة للمعاش) والتي يمكن أن

	يكـــون لهـــا إسهام في المشكلة السيكولوجية للفرد ومن ثم فإن تحديد مصادر المشقة (أحداث الحياة) تساعد القائمين بالعلاج فـــي وضـــع خطة علاجية مساعدة للفرد في التخلص من هذه الضـــغوط أو مواجهـــتها بطريقة فعالة تقلل من تأثيرها السلبي عليه .
المحور الخامس (AXIS V)	أقصـــى مســـتوي لمـــدي توافق الفرد خلال السنة السابقة على ظهور الاضطراب ، حيث حددت ثلاثة مجالات رئيسية لتقدير توافق الفرد هي العلاقات الاجتماعية – النشاط المهني – قضاء أوقات الفراغ (٢٢:٢٠)

المشقـــــــــة

....

اصـــبح مصـــطلح المشـــقة STRSS مظلة للمناقشات التي تدور حول العوامل الانفعالية والسلوكية والمؤثـــرة عـــلي الاضــــطرابات الجسمية ويشير ذلك لكل طريقة أو أسلوب تؤثر به الشخصية والسلوكيات والبيئة علي الإصابة بالمرض (١٢٤ : ٣٦).

ويـــرجع تـــاريخ الفكرة المعاصرة عن ارتباط المشقة بالصحة إلى عام ١٩٣٦ عندما قدمها هانز ســـيلي HANZ SELYE فـــي تقريـــر موجز كان عنوانه زملة الأعراض الناتجة عن مختلف العوامل الضارة. (١٣٣ :٣٤) .

وبدأت الزيادة المفاجئة في الاهتمام العام بالمشقة ،فقد بدأت الدراسات التي تبحث في كيفية تنظيم المـــخ لـــباقي وظـــائف الجســـم ، و اكتشاف مجموعة من العلماء مثل والتر كانون WALTER CANNON وهانـــز ســـيلي و جون ماسون" أن تعريض الحيوانات لأذى جسمي أو نفسي شديد يسبب بطريقة ما غير مباشرة إضعاف وظائف مجموعة كبيرة من الأجهزة الفسيولوجية كما يمكن أن يـــؤدي إلى الموت" . كما أوضحت الملاحظات الإكلينيكية لستيوارت وبلف وفرانز الكسندر - وارثـــر بيرســـكي وآخرون أن هناك تغيرات مماثلة يمكن أن تحدث لأشخاص يواجهون مشكلات بحيـــاتهم وبالتالي سيساهم ذلك في نمو أنماط معينه من الأمرض الجسمية وبداية من هذه البدايات المحدودة اتسع مفهوم المشقة والمرض بشكل ملحوظ خلال السنوات الماضية ليشمل بشكل مذهل العديد من مصـــادر المشقة Stressors والاضطرابات الجسمية والعقلية (٧٦ :٢٢).

كمـــا أكـــدت لجـــنة خـــبراء الصـــحة العقـــلية في تقريرها عام ١٩٦٤ أن حجر الزاوية في كل الاضطرابات النفس جسمية هو المشقة بأنها قادرة على أحداث تغيير في الكائن الحي يعرف باسم الإجهـــاد أو العـــناء STRAINأي أن المشقة عبارة عن أحداث تغيرات داخلية عن طريق الجهاز الادراكي للكائن الحي(١٥ : ٣١).

تعريف المشقـــــــــة :–

علي حين يتفق كثير من العلماء والباحثين في المضمون العام للمشقة حيث يرون انه يعني عموما حدوث تغيرات سلوكية وجسمية يمكن ملاحظتها نتيجة للتعرض لمصادر الضغوط البيئية ، ألا أن هناك اختلافا كبيرا في تعريف مصطلح المشقة إذا انه من الملاحظ استخدام هذا المصطلح بطرق متبانية تماما ، وقد استخدم البعض مصطلح المشقة باعتباره مثيرا موضوعيا محايدا وعلي الشخص الاستجابة بطريقته الخاصة (٢٠ :١٨).

تعريف معجم كلية وبستر للمشقة بأنها ضغوط PRESSURE أوإجهاد STRAIN (٣٤:١٤)
أمـــا معجم ولمان للعلوم السلوكية ١٩٧٣ فقد عرف المشقة كحالة جسمية أو إجهاد نفسي ينتج عنه تغيـرات في الجهاز العصبي الذاتي وان المشقة هي حالة ضغط تثقل كاهل الكائن الحي بمتطلبات عديدة (١٤٧ :٣٦).

ويشير حلمي حامد (١٩٩١) الى أن لفظ المشقة مشتق من كلمة إجهاد في علم الطبيعة وتعني في الطب قوة نفسية أو اجتماعية لا يستطيع الفرد أن يتحكم فيها وتؤدي إلى الصراع الانفعالي وخلل في الاتزان النفسي والفسيولوجي بالجسم ولو دامت لأدت إلى مرض عضوي (١٠ :٣٨).

كمـــا عـــرف ســوتر SUTER's (١٩٨٦) مصـــطلح المشـــقة بأنهـــا: مجموعـــة الـــتغيرات السيكوفســيولوجية الـــناتجة عن عوامل معينة مرتبطة بكل من البيئة و الكائن الحي وهي استجابة خاصة بالكائن الحي (١٣٣ :٢٥).

أما سيلىَ فقد استخدم مصطلح المشقة عام(١٩٧٦) لكي يضيف استجابة جسمية غير محـــــدودة لأي مطلب (١٢٩ :٦٢).

أشار تايلورTAYLORعام ١٩٨٦ أن المشقـــــــة هي عمليـــــة تقييم الأحداث (كالأذى، التهديد أو التحدي).

و تقديــر الاســتجابات المحتمــلة لهذه الأحداث ، و الاستجابات قد تتضمن تغيرات فسيولوجية ، انفعالية، معرفية، و سلوكية (١٣٥ : ٨٨).

_ أضــاف ولمــان WOLMAN عام (١٩٨٨) أن المشقة هي رد فعل الكائن الحي كمثير ضار و مهدد وقد ينتج من البيئة الفيزيقية أو الاجتماعية للفرد (١٤٥ :٦١) .

_ وقــد أشار لازاروس وكوهن LAZARUS AND COHENعام (١٩٧٧) أن المشقة هي عبارة عن تفاعل بين الفرد والبيئة (١٢٩ :٦٠).

الاستجابة للمشقة : ـــ

أن الاســتجابات المحتمــلة للمشقة متعددة وقد تكون استجابات فسيولوجية أو معرفية ، وانفعالية وسلوكية أو بعض هذه الاستجابــــات يكون عبارة عـــــن ردود انفعالات لا إرادية للمشقة ، (١٣٥ : ٣٢) .

أولاً : الاســتجابات الفسيولوجية أكد سلَ ليَ علي دور القشرة الأدرينالية Adrenal cortex بينما علي العكس أكد كانون (١٩١٥) علي دور الجهاز العصبي السمبثاوي (SNS)في ردود فعل الفرد لإحداث المشقة (١٢٥ : ٥٥).

ويوضـــح تايــلور ١٩٨٦ أن المشقة تسبب إثارة الجهاز العصبي السمبثاوي وبالتالي يؤدي نشاط (SNS) إلى زيــادة ضـــغط الدم ومعدل ضربات القلب والاستجابة الجلفانية للجلد ومعدل التنفس ويــتزامن نشـــاط (SNS)مــع زيــادة إفـــراز الـــنخاع بـــالغدة الكظرية لهرمون كاتيكول أمين CATECHOL AMINES_وزيادة إفراز القشرة الكظرية لهرمون كورتيكو سترويد CORTICO STEROIDوخاصة الكورتيزول CORTISOL (١٣٥ :٣٦).

وقــد أطلق كانون عام (١٩٣٠) علي رد الفعل الفيسيولوجي للمشقة والفعل المنعكس كقتال أو هـــروب FIGHTOR OR flight Reflex و قد اطلق .Hess W.R عام ١٩٥٤ عليها اسم الفعل المنكس المتجاوب للعمل Engatropic.R مما يعنى التحرك في الاتجاه العمل لكي يؤكــــد على أن هذه الاستجابات تزيد من استهلاك الطاقة (١٣٣ : ٣٧).

أولاً الاستجابات المعرفية

يتضمن الاستجابات المعرفية للمشقة نتائج عملية تقييم الفرد للمشقة مثل اعتقادات الفرد الخاصة بدرجة ضرر أو تهدية الحدث و أسباب و درجة قابلية التحكم فيه ، و الاستجابات المعرفية تضمن أيضا استجابات غير إرادية للمشقة مثل شرود الذهن و عدم القدرة على التركيز و إضرابات الأداء على المهام المعرفية و الأفكار الاقتحامية و التكرارية والمرضية (١٣٥ : ١٨).

و يشير ولمان(١٩٨٨)أن الفرد قد يصدر عنه نوعان من الاستجابات المعرفية للمشقة الشديدة – مجموعه استجابات الأنكار ومجموعه استجابات الاقتحام.

و تشمل المجموعة الأولى : تجنب غير واقعي لتقييم معنى الحدث المسبب للمشقة مثل موت الحبيب أو الإصابة أو الاغتصاب .

و تشمل المجموعة الثانية :عكس المجموعة الأولى على أفكار متكررة و خيارات للضرر الواقع من الماضي (١٤٧ :١٢٢).

ثانياً الاستجابات الانفعالية

الاستجابات الانفعالية المحتملة لإحداث المشقة على نطاق واسع و تشمل علي سبيل المثال الخوف – القلق – الاستثارة – الإحراج – الغضب – الاكتئاب . . .

ثالثاً الاستجابات السلوكية

الاستجابات السلوكية للمشقة لا حد لها بشكل فعلي و تعتمد على طبيعة حدث المشقة Stressful event (١٣٥ : ١٩).

المشقة و مرض البول السكرى

اوضـــحت الابحـــاث الحديـــثة ان المشـــقة يمكن ان تؤثر على التحكم فى مرض البول السكرى بطريقـــتين ، الاولى بشـــكل مباشر من خلال عملية الايض – و التى تتأثر بالمشقة ، و الثانية من خـــلال الـــتأثير على السلوك لأن سلوكيات رعاية الذات Self Care behaviour قد ينخفض اداؤه خلال فترات المشقة (١٢٧ : ٢٢) ويشير كيمر واخرون Kemmer -etal ١٩٨٦ ان هناك تغييرات مـــلحوظة تحـــدث فى الاستجابات الهرمونية و الذاتية عقب تعريض مريض السكر تجريبياً لمشقة حادة في حين اشار جوندر – فريدريك وآخرون Gonder –fredrick et al ١٩٩٠ الى وجود فروق فـــردية فى استجابات جلوكوز الدم Glycemic control للمشقة. بعض المرضى يستجيبون للمشقة بشكل نموذجى و ذلك بظهور ارتفاع فى نسبة جلوكوز الدم بينما مرضى اخرون يستجيبون بشكل منفرد بانخفاض الجلوكوز في الدم وآخرون لا يستجيبون على الاطلاق (١٢٠ : ٤٤).

هـــناك ايضـــاً عدد قليل من الابحاث اوضح ان هناك اساليب مواجهة Coping Metbods تهدف الى التعامل مع المشقة ترتبط ببداية الاصابة بالمرض او تفاقـــمه Exacerbation بعد ذلك (١٣٦ :٢٥–٢٧) . بالاضافة الى ذلك فأن استجابة جلوكوز الدم للمشقة قد تحدث فقط عندما يتبع الفـــرد اساليب معينة في المواجهة ويتضمن ذلك الغضب ، نمط السلوك ، أ – المهارة الاجتماعية المنخفضة ، كما ان الاختلافات فى خصائص مصدر المشقة والحالة السالفة لمستوى الجلوكوز قد تمثل عوامل وسيطة فى تأثير المشقة على مستويات الجلوكوز فى الدم (١٢٠: ٣٢).

و بوجه عام . اتخذت العلاقة بين المشقة و مرض السكري في الأبحاث السيكولوجية ثلاثة أبعاد

١ – المشقة كسبب أو مثير للإصابة بمرض السكري.

٢ – المشقة كعامل مؤثر في سير المرض Disease Course أو كنتيجة للإصابة بالمرض

٣ – مرض السكري كمصدر للمشقة As stressors(١٣٦:٨).

أولا المشقة كسبب أو مثير للإصابة بمرض السكري

بالــرغم مــن توجيه نقد منهجي قاسي من العديد من الباحثين للملاحظات و الأبحاث التي اهتمت بالعلاقــة بيــن أحداث المشقة و خاصة الأحداث بفقد شخص ما أو أزمة نفسية ما و بين الإصابة بالســكري ألا أن تــلك الأبحــاث لم تستطيع أن تحصل على اهتمام الرأي العام العلمي و الطبي آنذاك.

فعــل ســبيل المثال أوضح هوايت و آخرون White etal(١٩٨٠)وجود نسبة مرتفعة ارتفاعاً دال إحصائياً بين فقد الوالدين بسبب الموت أو الانفصال أو الطلاق لدى مجموعة من ٣٧ طفلاً تم تشخيصــهم بعــد ذلــك بالإصابة بمرض السكري و ذلك مقارنة لمجموعة ضابطة من الأطفال المتماثلين مع أطفال المجموعة الأولى اجتماعيا وديموجرفياً (١٣٦ :٩).

ثانياً المشقة كعامل مؤثر في سير المرض أو نتيجة الاصابة بالمرض .

أن احــداث المشقة قد تتسبب في زيادة شدة أعراض المرض السكري وقد تؤدي إلى تفاقم الحالة المرضــية أثــناء سير المرض وذلك بواسطة الحاجة إلى إنتاج الأنسولين من خلايا بتيا B.cells التي تتسم بضعف قدرتها علي إنتاجه (١٣٦ :١١) .

أوضح بولونسكي polonsky(١٩٩١) أن ارتــباطا بين ضبط جلوكوز الدم وبين الضغوط النفســية الخاصــة بمــرض السكري وان مثل هذه الضغوط النفسية Distress قد تحدث أثناء الاســتجابة لآي مــن مختلف الأحداث الطارئة الشخصية الاجتماعية والبيئية ، وتؤدي إلى ظهور مشاعر الاكتئاب ، الغضب ، الإحساس بالقهر ، أو الانكار..

وقــد بدأت الأبحاث المهتمة بمصادر المشقة المرتبطة بمرض السكري عندما بدا كوسب وكوس kosub and kosu (١٩٨٢)فــي وضع مقياس الأحداث المشقة المرتبطة بالسكرى وقد اشتملت مــع أحــداث الحيــاة الكبــرى (مثل اكتشاف الفرد انه مصــاب بالسكــري بالإضافة إلى المشاحنات اليومية (١٢٠ : ١) .

ثانياً مرض السكري كمصدر للمشقة :ــ

و قــد بين كلٌ من فير كوفاكس وزملاؤه kovacs (١٩٨٢) العوامل الموضوعية المرتبطة بالبول السكري وتسبب المشقة (مثل متطلبات السيطرة علي المرض ومضاعفاته) . وبين العوامل الذاتية (مــثل المشــكلات النفســية التي يفرضها مرض كالسكري علي الطفل أو المراهق أو الراشد وأســرته : كمــا أكــد أن هــناك بالطبع فروقا فردية في إدراك أو تقييم مدي مشقة أي من هذه العناصر.

وتشــتمل متطلــبات السيطرة علي المرض التي أشار إليها كوفاكس وفينبرج (١٩٨٢)العديد من تعقيــدات الــنظام الطــبي المطلوب اتباعه للحفاظ علي حياة الطفل المريض بالسكري مثل حقن الأنسولين اليومية التي تسبب الألم و الإحساس بعدم الراحة أثناء مرور الطفل بعدة مهام مثل ، تعبئة الأنسولين ، قياس جرعة الأنسولين المناسبة ، الاستعداد لوضع الحقن و أخيرا أخذ الحقنة و اخــتلاف مكان أخذ الحقنة و الاحتفاظ بجدول مدون بجرعة الأنسولين ، تغير الجرعة إذا كان ذلــك ضــروريا وفقا لتكامل المعلومات التي يتم الحصول عليها من اختيارات الجلوكوز في الدم بالإضــافة إلى آثار النظام الغذائي الذي يتضمن أوقات وأنواع وكميات الطعام الواجب أن يتناولها مريض السكر. (١٣٥ : ٣٨).

الاكتئاب Depression

عرف مرض الاكتئابDepression منذ فجر التاريخ . وذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدمـــاء والإغــريق والبابليين ، وعند العرب (ابن سينا) ، وفي ألوان الشخصيات المكتئبة التي وردت فـــي مســـرحيات شكســـبير ، وأخيـــرا فـــي قصص القرنين الثامن عشر و التاسع عشر الرومانســـية ، أمــــا الأبحـــاث العـــلمية التي تناولت هذا الاضطراب فيعود عهدها إلى القرنين الماضيين (١٦ :٧٧).

مفهوم الاكتئاب :

يستخدم تعبير" الاكتئاب " في ثلاثة مفاهيم أو معان مختلفة علي الأقل

المفهـــوم الأول: ويرتبط بالمزاج المضطرب غير السوي الذي يختل نتيجة تعرض المريض إلى سلسلة متلاحقة من الاحباطات و الفشل .

المفهوم الثاني: كمتلازمة syndrome (زملة أعراض) تحوى على اضطرابات المزاج إضافة إلى جميع أعراض الاكتئاب البدنية الوظيفية المصاحبة له .

المفهـــوم الـــثالث : الاكتـــئاب كمرض بمافية زملة الأعراض التي ذكرت آنفا ، إضافة إلى عجز يصيب المريض .

فيمنعه من أداء واجباته وأعماله اليومية كليا أو جزئيا ، (٤٩ : ٩).

رغـــم الأبحـــاث التي استهدفت معرفة أسباب الأمراض الاكتئابية بخاصة بعدما اتضحت أهمية الأســـاليب العلاجيـــة الحديثة ، أي الأدوية المضادة للاكتئاب فان أسباب زملة أعراض الاكتئاب depressive syndrome مازالت محاطة بالغموض . (٤٩ :١٣).

أن المفهوم النظري لأسباب الاكتئاب يفترض هذا المرض هو محصلة تفاعل بين تركيبة المريض (النفسية- العضوية - الهرمونانية) و العوامل الثقافية الاجتماعية وهذا ما يوضح كيف أن الاكتئاب التفاعلي تلعب فيه العوامل الخارجية دورا هاما وبارزا بغض النظر عن العوامل العضوية الوراثية .

وتتصارع النظريات المفسرة للاكتئاب فيما بينها ، بين أنصار الوراثة والعوامل الكيميائية الحيوية هذا من جانب آخر بين أنصار المدارس والنظريات النفسية كنظرية التحليل النفسي والسلوكية. . . الخ.

الأعراض الرئيسية لمرض الاكتئاب

١- المزاج السوداوي :- وهو تمرض جوهري يميز الاكتئاب عن غيره من الاضطرابات الانفعالية وشعور الغم والكدر وفي بعض الأحيان يأخذ المزاج الاكتئابي صورة القلق أو الهياج والعجز عن الاستمتاع بمباهج الحياة ومسراتها .

٢- تثبيط في القدرات العقلية :- يشكو مريض الاكتئاب من بطئ التفكير وصعوبته وضحالة في التخيل ونضوب في الأفكار وصعوبة في تركيز الانتباه وعجزا في الذاكرة وعدم القدرة على اتخاذ القرارات واجترار الأفكار وعجزه عن طردها من ساحة شعوره ، حيث تحتكر الأفكار الوسواسية الجبرية ساحة تفكيره ، وتسيطر عليه مشاعر العدمية وتبدد الشخصية depersonalization، وتراود ذهنه الأفكار الانتحارية من حين لأخر نتيجة مشاعر الإثم الضاغطة والضيق النفسي الشديد والهواجس والمخاوف المرضية الشتي ألوانها وأشكالها .

٣- تثبيط في النشاط النفسي - الحركي psycho-motor retardation

٤- اضطراب النوم وهي ثلاثة أنواع

ا- ارق أول الليل

ب-ارق منتصف الليل

جـ -ارق أواخر الليل

٥- أعراض سلوكية ، اهمالة لنفسه وشؤون زوجته وأولاده - تركه العمل - العزلة عن المحيط الاجتماعي والتحاشي .(٤٩ :٣٩-٤٣).

ويقسم الاكتئاب إلى قسمين كبيرين

الأول اكتـــئاب خارجي المنشأ حيث تأثير العوامل والمؤثرات الثقافية -السيكولوجية – الاجتماعية ويقسم الاكتئاب هنا إلى ثلاثة أقسام

١- اكتئاب تفاعلي reactive depression وتسببه أحداث خارجية كوفاة قريب أو شريك حياه أو ازمـــه مالية أو رسوب في الامتحان أو الطلاق أو فشل في الحب ... الخ ويبدي المريض استجابة اكتئابية أطول زمنياً من شخص أخر سوي أصابه هذا المكروه .
٢- اكتـــئاب توهم المرض hypo condrasis depression غالبا ما يأتي نتيجة تعرض الفرد لتوترات وشدات متراكمة طويلة مع أنهاك نفسي لتستنفذ جميع طاقته البدنية والنفسية
٣- اكتئاب عصابي neurotic depression وينشا نتيجة صراعات داخلية نفسية مزمنة غير منحلة لا شعورية مستمرة في إزعاجها ....

والثاني داخلي المنشأ :-وهو اقرب للذهان منه إلى العصاب وإما أن يكون أحادى القطب بمعني أن تكـــون الـــنوبة الاكتئابية مدتها تقريبا من ٤-٦ اشهر وتطول هذه المدة مع تقدم العمر عادة ، بعدها تلي مرحلة شفاء مدتها سنة إلى سنتين تقريبا ومن ثم يتعرض المريض لنوبة اكتئابية أخرى وهكذا دواليك طوال حياته.

وإمـــا أن يكـــون ثنائي القطب وتنتاب هنا المريض نوبه اكتئابيه ومن ثم تليها مباشرة نوبة هوسيه تخالف الأولى كليا بالصورة الإكلينيكية ، ومن ثم تأتى هجمة اكتئابية وبعدها هوسيه manic وهكذا دواليك لمدد زمنية تماثل نموذج أحادي القطب .

طريقة العلاج

يعد الاكتئاب من بين الاضطرابات الوجدانية جيد المآل شريطة تامين علاج مناسب وشامل وان نسبة الشفاء من النوبة الاكتئابية هي حوالي ٦٠ % قبل سن الثلاثين ، تقل هذه النسبة مع تقدم العمر .

١- العلاج بالصدمة الكهربائية E.C.T ويتم اللجوء إليها من قبل الطبيب النفسي المعالج بعد فشل العلاج بالدواء .

٢- العلاج الجراحي :-يلجا جراح المخ والأعصاب لعمل إجراء جراحي علي الفص الجبهي

٣- العلاج الدوائي :- وهو الأكثر نجاحا وشيوعا في الممارسات السيكاتيرية -ويميز هذا العلاج مجموعتين دوائيتين رئيسيتين ، مجموعة مثبطات أحادى أمين اكسيداز , niala mid isocar boxiasid مثل _(MaoI)والمجموعة الثانية هي مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة كيميائيا.

٤- العلاج النفسي : ويقوم علي جعل المريض يستبصر بصراعاته وصعوباته المسببة للاكتئاب إضافة إلى التطمين المستمر و التأكيد علي إمكانية الشفاء أي العلاج النفسي الداعم ويستفيد منه مريض الاكتئاب العصابي والتفاعلي والميالون للانتحار .

٥-العلاج السلوكي :خلال السنوات الخمسة عشرة المنصرفة ظهرت بخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية دراسات كثيرة تؤكد نجاح نظرية التعلم الاجتماعية في علاج الاكتئاب (٩٥-١٧) وتطورت تقنيات العلاج السلوكي من الاسترخاء إلى التنفير إلى استخدام الأجهزة النفسية الفسيولوجية (العائد الحيوي) bio feed back.

٦-العلاج المعرفي: المعتمد علي نظرية المعرفة لإقامة عددا من الطرائق و الأساليب لإرشاد المريض عن كيفية مواجهة المشقة والتعامل معها بهدف التغلب علي الأعراض الاكتئابية (٩٥-١٩).

القلق النفسـي Anxiety

هـو احـد اشـكال الاضـطرابات الانفعالية التي تتميز بالشعور بالتوتر الداخلي والخوف المسـتمر ، ويصـاحب ذلـك اعراضاً جسمية مختلفة في الاعضاء التي يغذيها الجهاز العصبي الـلاارادي مثل الجهاز القلبي الدوري ويصاحبه سرعة دقات القلب ، الم فوق القلب ، ارتفاع في ضـغط الـدم ، مع الاحساس بالنبضات في اماكن مختلفة بالجسم ، او الجهاز الهضمي في هيئة صعوبة في البلع ، انتفاخ في البطن ، عسر الهضم ، قئ ، تجشو اسهال او امساك ، اما اعراض الجهـاز التنفسـي فهـي سـرعة التنفس والنهجان ، الاصابة بالربو الشعبي ، ثم الجهاز البولي والتناسـلي مـثل كـثرة التبول ، فقد القدرة الجنسية او الضعف الجنسي ، توقف او اضطرابات الطمـث او البرود الجنسي عند المرأة ، اما اعراض القلق النفسي في الجهاز العصبي فتكون في هيئة صداع ، دوخة ، زيادة الانعكاسات العصبية واهتزاز في الاطراف (٥٠ :١٣) .

اما الاعراض النفسية للقلق النفسي فتتلخص في سرعة الاستثارة العصبية وصعوبة التركيز ، وكثرة النسيان ، ومخاوف مرضية من بعض الامراض مثل السرطان ، والدرن ، والقلب ، مع فقد الشهية ، والارق ، وبعض الاعراض الاكتئابية .

وكـثيرا ما يسبب القلق النفسي الاضطرابات السيكوسوماتية أي الامراض النفسجسمية مثل قـرحة المعـدة والاثـنى عشـر والمصران الغليظ ، الذبحة الصدرية ، السكر ، الربو الشعبي ، الاكزيما ، ضغط الدم .

وبالـنظر الى هـذه الاعـراض ، يتبين ان اسباب القلق الفسيولوجية هي نشاط الجهازين السمبثاوي والباراسمبثاوي خاصة الاول ، ومكزة الاعلى في الدماغ في الهيبوثلاموس وهو وسط دائـرة الاليـاف العصـبية الخاصة بالانفعال ، وتؤدي هذه الاجهزة نشاطها من خلال هرمونات عصـبية ، ولذا من الممكن وقف هذه الاعراض باعطاء عقاقير مانعة ومضادة لهذه الهرمونات ، ممـا يقلل من خوف الفرد المصاب وبالتالي الى وقف الدائرة المفرغة (خوف - قلق - مزيد من الخوف والاعراض - قلق ... الخ)(٥٦ : ٢٧).

وهناك نظريات سيكولوجية تشير الى ان التربية والتنشئة الاجتماعية وبخاصة علاقة الطفل بأمة خلال سنوات حياته الثلاث لها دور كبير في تهيئة الاطفال للاصابة بالقلق .

كمـــا ان هـــناك نظريات التعلم الشرطي (النظرية السلوكية) التي تقر بمبدأ الاشتراط في اكساب الفرد امكانية الاستجابة بمزيد من القلق والتوتر ، كما هناك كذلك مدارس اخرى (المذهب الانســاني) الذي يعتبران ان الانسان في محنتة بوجوده في الوجود اثر عليه فأكسبه نمطا سلوكيا قلقا وغدا مهتم بمستقبله وما يكتنفه من قلق في ظل الصراعات والاحباطات الحياتية. (٥٦ : ٥٣)

علاج القلق النفسي:

١- العـــلاج الدوائـــي : المتمثل في الادوية النفسية المضادة والمانعة لشعور الشخص بالتوتر والقلق وهي هامة جدا للتقليل من الاعراض الجسمية - ولكن يشك في ان تكون قادرة بمفردها على حل مشكلة مريض القلق ومصيره .

٢- العــــلاج النفســـي : وهـــو عـــلاج مهم لمريض القلق الذى يعانى من عدم الثقة فى نفسة و(اعـــراض القـــلق) مـــن الممكن التعامل معها والسيطرة عليها وهو يثبت الثقة في امكانية المريض وبمدة بالاستبصارات والصراعات الداخلية لمظاهر وبواطن قلقه .

٣- العلاج السلوكي : ويعتمد على نظرية الاشتراط الكلاسيكي او الاجرائي سواء عن طريق الاسترخـــــاء او استخـــــــــــدام اجهزة نفسية فسيولوجية تسمى بالعـــــــــائد الحيوي . (١٤٨ : ٣٦).

العلاج السلوكي[1]

العـــلاج الســـلوكي : احد الاساليب الحديثة للعلاجات النفسية ، يقوم على اساس استخدام مـــبادئ نظـــريات التعلم ويضم العلاج السلوكي عدة اساليب وطرق علاجيـــــه تهدف جميعا الى الاتي :

- احداث تغيير ايجابي لحياة الانسان .
- القضاء على الاختلالات السلوكية .
- بناء جسر من الثقة بين الانسان ونفسه .
- تحقيق السعادة والرفاهيه للانسان . (٨٦ :١٩).

- ويقصـــد بـــالعلاج هنا محاولة تغيير وجدان او سلوك او فكر الفرد الى ما هو افضل حتى يتمكن من مواكبة احداث الحياة بفاعلية اكثر .
- كما يقصد بالسلوك في مجال العلاج السلوكي الاستجابات الظاهرة والتي يمكن ان نلاحظها مـــن خلال التصرفات والافعال وردود الافعال - كما يقصد بها كذلك الاستجابة غير الظاهرة الخفية كالمشاعر والافكار. (٨٦ : ١٦) .
- كما يجب التنويه الى ان اساس العلاج السلوكي مشتق من نظريات التعلم ومدارسة في علم الـــنفس - لذا فاي تغيير للسلوك قد يكون راجع الى عوامل وراثية او بيولوجية او جراحية او دوائيـــة قد تخرجنا من مجال تعديل السلوك والعلاج النفسي السلوكي الى مجال الجراحة وعلم العقاقير او الوراثة او المسببات البيولوجية التشريحية (٨٦ :٢٩) .

رغم ان الاثنين(العلاج السلوكي - والجراحة النفسية مثلا) تحدثان تقريبا نفس الاثر في مجال تعديل السلوك الانساني (٨٦ :٣١) .

وعـــليه فيصـــبح السلوك هو بناء لبيئة تعلم يتم فيها تعلم مهارات وسلوكيات جديدة على حين تقلل الاستجابات والعادات غير المرغوبة ، حيث يصبح المريض اكثر دافعية للتغيرات المطلوبة وعلى عكس بعض تيارات علم النفس ولا سيما المدرسة التحليلية التي ترفع من شان القدرات المبكرة في

[1] Behaviour Therapy

الطفولـــة وديناميـــتها . يهـــتم العلاج السلوكي بالحاضر . كما ان اساليب هذه الطريقة تخلو من الغموض ومن الممكن تدريب المدرسين والاباء ورؤساء العمل علي القيام بها - هذا بالطبع بجانب المرضى المسترشدين (٨٦ :٣٧) .

وبشـــكل عـــام يمكن عرض بعض جوانب الاختلاف بين طريقة العلاج السلوكي والعلاج النفسي التحليلي كما هو موضح في الجدول التالي :

العلاج النفسي التحليلي	العلاج السلوكي
العـــلاج النفسي يؤكد على ان الاعراض لها اسباب لا شعورية .	يؤكد على ان الاعراض ما هي الا نتيجة تعلم خاطئ.
مؤســـس على نظرية غير متسقة وغير مختبرة معمليا .	مبـــني على نظرية متسقة والاغلب على نظرية مختبرة سابقا ونعني هنا معامل التعلم .
يؤكـــد على ان الاعراض تحدد اساليب الدفاع النفسي .	الاعـــراض تحـــدد مـــن خلال الفروق الفـــردية فـــي امكانية او قدرة كل فرد في تكوين الافعال الانعكاسية المشروطة واتزان الجهاز العصبي الذاتي بالاضافة لدور البيئة الاجتماعية والمحيطة والنشطة.
الشـــفاء يمكن ان يتحقق من خلال تناول الديناميات وعلاج الاعراض كذلك .	يـــتاتى الشفاء فقط او التحسن من خلال شفاء او علاج الاعراض مباشرة.
كل الاضطرابات العصبية والذهنية تعالج استنادا الى الماضي من الناحية التاريخية .	الـــتاكيد عـــلى الحاضر والاتي (اخفاء العادات الموجودة الان).
الـــتحول او الـــتغير يكون جوهري في علاج العصاب.	العلاقـــات الشخصية ليست جوهرية في الشفاء (١ :٨-١٣)

مـــع كـــل هذه الفروق الا ان بعضا من المعالجين السلوكين المعرفيين (Gold frid ,Ellis,Beck) قد بدأو الان اســـتخدام الاستبصـــارات والمفاهيم واعتبار الديناميكات ، مثل تفهم وشرح وتفسير العمليات المعـــرفية وبـــالاخص في العلاج السلوكي المعرفي ، وشرح شخصية المريض وخلفيتة ومناقشة

وشـــرح الاســاليب العلاجيـــة - وعلى محور اخر اقترب بعض المعالجيين النفسيين نوعا ما من الاتجـــاه الســلوكي مـــثل التشـــجيع والحوافـــــــــز والتدعيم ولا سيما لدى مريض المخاوف المرضيـــــــة . (١ : ٢٦-٢٨) .

تطور العلاج السلوكي :

اذا اعتبرنا ان احد اهم اهداف العلاج السلوكي هي تغيير وتعديل السلوك ، فاننا سنجد على الفور ان الانسان الاول قد حاول فعلا استخدام تقنيات واساليب للتعامل مع بني جنسه وربما ايضا مع الحيوانات والطيور لاكسابها المهارات الخاصة حتى يستفيد منها كل الاستفادة – من هنا سنجد ان لـــلعلاج السلوكي بعض الجذور الاولية ضاربة في تاريخ الفكر والممارسة الانسانية - بالطبع ليســت تحـــت مســـمى العلاج السلوكي ولكن تحت مسميات ومعطيات اخري وسنعرض بعجالة تطور العلاج السلوكي في نقاط :-

- المـــنهج الاســـلامي الـــذي يستخدم في قرآنه بعض النماذج السلوكية وياساليب فريدة منها القصـــــة والامـــثال والمشـــاهد والنماذج الشخصية ومن الامثلة على ذلك ان الامام الغزالي قد استخدم القواعد العلمية الخاصة بالعلاج السلوكي .(٢٤ :١١) .
- واطسون ورلينر (١٩٢٠)وتجارب الطفل البرت .
- جوزيـــف ولبي والذي بنى نظريته في العلاج السلوكي عام(١٩٥٨)على كلا من نظــــــرية بافلوف (١٩٢٧)ونظرية هل عام ١٩٣٤ .
- هانـــز ايـــزنك وقد تابع ايزنك اعمال كلا من بافلوف وهل وكذلك بعض المنظرين في مجال التعلم مثل هـــورد (١٩٤٧)- وميـــلر (١٩٤٨)ونادى بان العلاج السلوكي انما هو طريقة علمية قائمة على اساس من طرق ثبت تجربتها والتحقق من فاعليتها .
- ب.ف ســـكينر تعتبر اسهامات سكينر في مجال التعلم من الاسهامات الاساسية التي ساعدت على تطور العلاج السلوكي في قواعد الاشراط الاجرائي ثم توسيع هذه القواعد وتطبيقها على المشكلات البشرية . (٢٤ :١٧-١٩) .

التصورات الراهنة في مجال العلاج السلوكي:-

يشهد العلاج السلوكي في الوقت الحاضر مجموعة من التصورات النظرية والتي لها اهمية كـــبيرة ، رغم ان هذه التصورات النظرية قد تبدو من اول وهلة متعارضة الا انها يمكن ان تمثل تيارا تكامليا من بعض الاوجه .

التحليل السلوكي التطبيقي :-

تتسق هذه الفكرة من الناحية الفلسفية مع النظرية السلوكية عند سكينر وتعتمد على قواعد واساليب الاشـــراط الاجرائي وقد استخدمت اساسا مع الافراد الذين لديهم طاقات معرفية (عقلية) محددة وحيـــث يعـــتقد ان البيـــئة لهـــا تأثير في وجود سلوك المشكلة ، وقد استخدمت بشكل مركز مع الاطفـــــال والصغار والمتخلفيـــن عقليـــــا والمرضى الذهانيين في المستشفيـــــات . (١٤٣ :١٧) .

طريقة المثير و الاستجابة الحديثة :-

تســـتخدم هـــذه الطـــريقة من الاسهامات الرائدة لكل من ولبي وايزنك وتحاول ان تستخدم نظـــرية المـــثير والاســـتجابة لكل من بافلوف وهابري وهل ومورو وميلر في علاج المشكلات العيادية . وهي على النقيض من نظرية الاشراط الاجرائي التي ركزت تماما على السلوك الظاهر (المشاهد) فانها تعطي اهمية للمتغيرات الوسيطة في تفسير وتعديل السلوك الانساني .

طريقة العلاج المعرفي السلوكي :-

تعتبر هذه الطريقة من احدث التصورات في مجال العلاج السلوكي .

وهي تستند على افتراض أساسي يؤكد على اهمية العمليات العقلية او الترميزية في تنمية السلوك المرضـــي والابقاء عليه وتعديله ايضا ، ومن المفاهيم الاساسية المستخدمة في هذه الطريقـــــة اســـلوب اعــــــادة البنيـــة المعرفية[1] ، واسلوب الخطـــأ في التفسيـــــر (٧٧ :١٤) .

---

[1]Cognitive Restructuing

نظرية التعلم الاجتماعي :-

مـــا يميـــز نظـــرية التعـــلم الاجتماعي انها جمعت بين المداخل الثلاث (سكينر وولبي) والجوانـــب المعرفية وذلك في اطار نظري واحد عام ١٩٧٧ على يد باندورا . اما الميزة الثانية لنظرية التعلم الاجتماعي فهي افتراضها ان الاداء السيكولوجي يشتمل على تفاعل متبادل بين **ثلاث** مجموعات من العوامل هي : السلوك ، العوامل المعرفية ، التأثيرات البيئية (٤٥ :١٩).

العلاج المتعدد الوسائط[٢] :-

طور هذه النظرية ارنولد لازاروس عام ١٩٧٦ وفي هذه الطريقة يجري تحليل المشكلات الاكليـــنيكية الى ســـبع مكونات اساسية تتفاعل مع بعضها البعض والتي تجمعها حروف الكلمتين BASIC ID

B = **Behaviour** = **السلوك** .

A = **Affect** = **الوجدان**

S = **Sensation** = **الاحساس**

I = **Imagery** = **التخيل**

C = **Cognition** = **المعرفة**

I = **Inter Personal** = **العلاقات الشخصية**

D = **Drugs** = **العقاقير** . (١٤٨ : ٢٧) .

يتضح من خلال العرض السابق ان العلاج السلوكي (بمعناه الحرفي وتطبيقاته الحرفيه في مجال التطبيقات الاكلينيكية او دور الرعاية الخاصة او المؤسسات الاصلاحية) علاجا حديثا نسبيا يســـتمد اصـــوله ومبادئه من تنظيرات ونظريات علم النفس والتعلم والمدرسة السلوكية بوجه عام ولعـــلا للعلاج السلوكي ادوات واساليب كثيرة تتفق جميعها في انها تساعد المريض او الفرد في التخـــلص مـــن السلوك الغير مرغوب واحلال السلوك المرغوب والعادات الضارة بعادات اكثر توافقا وتكيفا . ومن اهم هذه الاساليب الآتي :-

---

[٢]Multimodal Behaviour therapy

- الاشراط الكلاسيكى (بافلوف)
- التخلص من الحساسية بشكل منظم(ولبى)
- الاشراط الاجرائى(سكينز)
- الاسترخاء (جاكسون)
- العمر
- الاشتراط التذميزى
- العائد الحيوى المرتجع
- الضبط الذاتى
- حل المشكلات
- العلاج السلوكى المعرفى
- حل المشكلات

الاسترخـــــاء

وتدريـــبات الاسترخاء تعرف بانها مجموعة من الاجراءات التي تهدف تحقيق الاسترخاء العضلي والذهني، وعلى ذلك يمكن ان يعد العائد الحيوي باستخدام EMG نمط من انماط الاسترخاء - الا ان الاسترخاء المتقدم من المحتمل ان يكون استخدامه على نطاق واسع في الولايات المتحدة الامـــريكية الا ان التدريبات الذاتية الاخرى شائعة في اوروبا ، وقد تتشابه طرائق التأمل الباطني واليوجا مع طريقة الاسترخاء - وان كانت الاولى منتشرة في الشرق ولا سيما جنوب شرق اسيا . (٥٢ :٣٧) .

تجـــرى تدريبات الاسترخاء والتعلم عليها في بداية العلاج - واحيانا يعاد التدريب ويتكرر خـــلال التعـــلم على العائد الحيوي - اذا كنا بصدد الاسلوبين في علاج الاضطراب او في مرحلة متأخرة من الجلســـــــات العلاجية اذا كنا بصدد استخدام اسلوب الاسترخاء في العلاج السلوكي (٥٣ :٩) .

فـــي البداية يتعين ويجب على المعالج ان يشجع المريــــض على ممارسة الاسترخاء في مـــنزلة (كوظـــائف منزلية) او في مكتبة مثـــــلا ، وذلك في الفترة بين التدريب في العيـــادة (الجلســـة) وموعـــد الجلسة الثانية والذي يكون في العادة بعد اسبوع فاقل بحيث تتشكل عنده عادة الاسترخاء من خلال التدريب عليه .
(٥٣ :١١) .

واول من استخدم اسلوب الاسترخاء كاسلوب علاجي فعال هو Jacobson والذي اكتشفه عام ١٩٣٩ ونشره في كتابه الاشهر الاسترخاء[1] المتتابع (٩١ :١٧) .
و هو يستخدم كاسلوب علاجي للاضطرابات النفسية ولا سيما القلق والتوتر .

---

[1]Progressive Relaxation

التعريف العلمي للاسترخاء :

١-تعريف جيمس دريفرر :

هـي طـريقة نفسية يعتمد على ارخاء العضلات الملساء من اجل جلب الراحة والاسترخاء لاعضاء الجسم . (١٧ :١٩) .

٢-تعريف رزق سعد وعبد الله عبد الدايم في " موسوعة علم النفس "

هـو طريقة ابتدعها واستخدمها العالم جاكسون وتتيح للمريض ان يتدرب عـلى اراحة عضلاته فالاسترخاء التدريجي للعضلات يؤدي الى زوال الاثار التي يخلفها النشاط الذهني وتتركها الاضطرابات الانفعالية والى تلاشيها بصورة تدريجية . (١٣ :٢٥)

٣ – ويعرف حامد زهران الاسترخاء على انه :

محاولـة القضـاء عـلى الـتوترات العضلية بطريقة نفسية تهدف لاحلال الـراحـة والـدفء محـل الـتوتـر والقلـق وذلك من خـلال أسلوب وتكنيك نفسي فسيولوجي (٩ :١١).

مبادىء الاسترخاء العامة

اذا اردنـا ان نطبق جلسات التدريب على الاسترخاء بشكل دقيق وعلمي مضبوط لابد من مـراعاة عـدة شـروط تمهيدية على المعالج ان يتحلى بها ضمانا لاداءات جيدة ، فعالة وميسرة للحصول على حالة من الاسترخاء العضلي والممتد لفترات طويلة ، ومن هذه الشروط :

- **الكلمات و التعابير :**

  يجب ان تكون موحية بالاسترخاء والدفء وتجعله تلقائيا .

- **الوقت :**

  هـناك افـراد يتعـلمون الاسـترخاء بسرعة وبعد تدريب قليل ، ولتحقيق مثل هذه الاسـتجابة الاسـترخائية التعـليمية السريعة يتعين على المعالج ان يفرض تعلم الاسترخاء ببطء وبايقاع في بداية التعليم التدريبي مع وقفات لجعل الخبرة الذاتية تكاملية .

- **مراعاة الفروق الفردية :**

علينـــا مـــراعاة الفروق الفردية في فهم تقنية الاسترخاء وتفسير هذه الخبرة واهدافها وفوائدها وايضا في الاحساسات التي قد يشعر بها المرضى عندما يتقنون الاسترخاء .

- **البعد عن السلبية :**

وتجنب المضامين والصور السلبية ، فاستخدام تعابير ايجابية افضل من سلبية ، فعلى ســبيل المثال انت مسترخ براحة وتشعر بالثقل ، لاتستخدم انت تشعر بالثقل الضاغط عليك مثل الرصاص ، او دع اطرافك تموت من كثرة الشعور بالثقل .

ويستحســن التنــبيه الى انه ليس كل فرد يستمتع بالصور والتخيلات السارة المفرحة .مثل التحليق في طائرة او شم وردة جميلة وغيرها من التخيلات قد لا يستحسنها المتعالج ولا يستشعر بالسرور منها اذا ماتخيلها اذن علينا ان نسأل المريض مقدما او بعد التدريب اذا كان يفضل صورا معينة يتخيلها او يسأل عن التخيلات والصور التي تزعجه .

- **ادراك علامات التوتر :**

يتعين على المعالج ملاحظة علامات التوتر والاسترخاء ، فالسعال والالتواء والتنفس غير المنـــتظم والتشنج العضلي ، غالباً ما تكون علامات واضحة لتبديل وتغير الاسلوب أو الاستعلام عن صعوبة المواجهة .

- **علينـــا ان ننـــبه المـــريض** الى اهميـــة بقائه يقظا واعيا خلال الاسترخاء، فخلال تدريب المـــريض على الاسترخاء ، ينبغي على المعالج ان يرخم صوته من وقت لآخر ليكون موحيا بـــالهدوء والاســـترخاء ، وان يـــترك الوقت الكافي للمريض ليستوعب التعليمات المعطاة له وينفذها .

- **كمـــــــا :**

علينـــا ان نذكر المريض ان ما يتعلمه وينفذه هو تقنيه واسلوب واحد فقط وعليه الا ينظر اليه على انه الوسيلة الوحيدة لا يوجد غيرها .

- اذا اتضـــح لـــلمعالج اثناء تدريبات الاسترخاء انها غير كافية ، ولا محققة للهدف عند مريض معيـــن ، حينـــئذ يـــتعين على المعالج نقل المريض الى الاسترخاء المتصاعد (تناوب ارخاء العضلات وتقلصها) او يطبق اساليب الاسترخاء القائمة على التخيل او توليد الافكار ايحائياً[1].

- **الوقت والمكان :**

ان بعـــض الامكنة والاوقات تبدو بالنسبة للمتعالج اكثر ملائمة من غيرها ومن الافضل ان يمـــارس المـــريض تمارينه المنزلية الاسترخائية بعد الاستيقاظ مباشرة ولا قبل النوم مباشرة وان تمارس هذه التدريبات على كرسي مريح وليس على السرير.

- يتعين على المعالج تشجيع المريض على نقل تعلمة للاسترخاء ليطبقة في حياته اليومية في تعامله مع المؤثرات الاجتماعية والبيئية التي تعترض نشاطاته الحياتيه (٥٣ :١٧)
- ان يقوم المعالج بتنبيه المريض ان الاسترخاء العضلي ما هوالا طريقة من طرق خفض التوتر النفسي لديه.
- ان يعطي المعالج لمريضه صورة عامة عن طبيعة اضطرابة ومعاناته النفسية .
- ينصـــح المعالج المريض ان تكون افكاره كلها مركزه في اللحظة الحالية (عملية الاسترخاء) وذلك لتعميق الاحساس به .
- يوضح المعالج لمريضة ان استماع وتنفيذ التعليمات بدقة متناهية يساعدة على زيادة قدرتة على الاسترخاء . (٥٣ :١٨).

[1] Auto Genic

العائد الحيوي Biofeed back[1]

العائد الحيوي هو استخدام اجهزة خاصة تعمل على عكس التغيرات النفسية الفسيولوجية الطارئة على الفرد ، والتي لا يعيها ولا يدركها (أي هي دون عتبة شعوره واحساسه) والتي يمكن اخضاعها (أي التغيرات) للسيطرة الارادية .

ان هذا التعريف يتضمن تزويد المتدرب او المتعالج بالمعلومات الاتية عن حالته الفيزيولوجية مثل : التوتر العضلي - درجة حرارة سطح الجلد - نشاط موجات الدماغ - واستجابة الجلد الكهروبائية الجلفانية - ضغط الدم - معدل ضربات القلب - فاعطاء المتعالج مثل هذه المعلومات عن حالته البيولوجية يمكنه من ان يصبح عنصرا مساهما نشطا في عملية الحفاظ على صحته . (١٧ :٢٢).

ولقد اصبح مفهوم التغذية الرجعية منتشرا للغاية حتى اصبح في حد ذاته يمثل منهجا منظما للبحث العلمي ، والتغذية الرجعية في ابسط معانيها عبارة عن الاستفادة من نتائج سلوك الفرد ولانها لا يمكن ان تتم بدون استقبال معلومات سواء كانت من البيئة الداخلية او الخارجية لان مثل هذه المعلومات الفسيولوجية مصدر اساسي للتحكم في سلوك الفرد وترجع اهمية هذا المفهوم الى فاعلية استخدامه كاداة لحل مشكلات السلوك الانساني (١٧ :٢٦) .

تعريفات العائد الحيوي

هذا المفهوم له عدة تعريفات نذكر منها ما يلي :

١- العائد الحيوي هو : محاولة مواجهة المريض بالعمليات الفسيولوجية والحيوية عن طريق اجهزة الكترونية خاصة تجعله يسمع تقلصات العضلات او نبضات القلب بل ويرى المؤشر امامه منبئا بحالته المرضية ومن خلال الابصار والسمع يستطيع المفحوص شعوريا الوصول الى حالة الاسترخاء المطلوبة للشفاء (٥ :٣٩) .

٢ -**العائد الحيوي** : هو عبارة عن تقديم المعلومات الفورية للفرد التي تمثل مؤشرات نوعية عن العمليات الفسيولوجية التي من خلالها يمكن التحكم في هذا السلوك او ذاك وتقدم المعلومات عن مدى توتر العضلات ، ودرجة الحرارة ، ومعدل ضربات القلب ، ضغط الدم ، وذبذبات المخ ،

[1]-Bio feed back

اســـتجابة الجلد الجلفانية ، ومعدل التنفس ، ودرجة حساسية الجلد ، وكمية الضوء ومدى استجابة حركة العين ، واستجابة الاذن لنغمات الموسيقى ، والاستجابة لروائح عطرية يمكن ان تؤثر على حالة وظيفية ويتم تغذية الفرد من خلال هذا التكنيك بتلك المعلومات التي صدرت منه أي ترد اليه مـــرة اخـــرى عن طريق ابرة خاصة تتحرك على مقياس محدد او الضوء او النغمة عن طريق اجهـــزة خاصـــة لهـــذا الغرض وهذا بغرض الوصول الى التحكم الارادي في مثل هذه العمليات اللاراديـــــة . (١٧ :٣٩).

٣- **العـــائد الحيـــوي هو :** استخدام الاجهزة التي تعكس العمليات النفسية - الفيزيولوجية التي لا يعيها الفرد ولا يدركهـــــا على مستوى شعوره والتي يمكن اخضاعها للسيطرة عن طريق التعلم (١٢ :١٥) .

٤- **العـــائد الحيـــوي هـــو :** تطـــبيق الاشراط الاجرائي وذلك للسيطرة على النشاطات الحشوية والسوماتية الحركيـــــــــة وعلى الجملة العصبيـــــة المركزيـــــة (شابيرو ، سيرويـــــــت) (١٢ :٢٨) .

٥- **بيـــنما يـــرى ميـــرمان ان العائد الحيوي يعني** اعطاء الشخص معلومات مباشرة عن وظائفه الـــبيولوجية مـــثل وظـــائف القـــلب - الحرارة - موجات الدماغ - ضغط الدم - العضلات . هذه المعلومات عادة تعرف بالعائد الحيوي ويكون عبارة عن اشارات ضوئية او بصرية او سمعية او بالسماح للشخص المفحوص من ملاحظة تسجيلات فسيولوجية . (١٠٤ :٣٧) .

٦- **اسـلوب العائد الحيوي :** هو ذلك الذي يتعلم الشخص من خلاله التحكم الارادي في عمليات الجســـد الداخـــلية مـــثل معدل ضربات القلب - وضغط الدم - وحرارة الجلد - وارخاء العضلات تدريجيا وذلك بالوصول الى درجة الاسترخاء (١٢٢ :١٠١) .

٧- **الــتغذية الحيويــة الرجعية :**هي استخدام الاجهزة الالكترونية الفاعلة في البدن ، والراصدة والمســجلة للعمــليات الفيزولوجية. والغرض من هذه الاجهزة هو جعل المعلومات الغير معلومة بالنسبة للفرد تصبح مدركة ومعلومة لديه . (١٢ :٤٩) .

٨- **تعــريف ســويف :** يقصــد بالعائد الحيوي استغلال بعض الادوات لرصد وتسجيل عدد من العمليات الفيزيواوجية التي تتم عادة من داخل جسم الانسان ، وعلى غير وعي منه ، استغلال هذه الادوات لعرض نتائج هذا التسجيل على مشهد من الشخص بواسطة مبينات بصرية او سمعية وبذلك يصبح الشخـــص منتبها لما يدور بداخلــة من عمليات فيزولوجية لحظة بلحظة . (٢٨ :١٧) .

هــذا عــرض سريع لاهم التعريفات المقدمة عن التغذية الحيوية المرتجعة ويلاحظ هنا ان معظم هذه التعريفات تركز على هذه المفاهيم والمصطلحات :

- العمليات الحشوية الجسدية او وظائف البدن والاجهزة الجسمية المختلفة .
- التعلم والتزود بالمعلومات .
- السلوك اللا ارادي .
- الاشارات الضوئية او السمعية المصاحبة للعائد الحيوي .

هــناك أوجه شبه كثيرة بين الاسترخاء والعائد الحيوي ، حيث ان كلاهما آداتين علاجيتين لتغيير وتعديل السلوك وكلاهما كذلك يعتمد على الفرد (المريض او السوي) في التنظيم والتحكم الذاتي لسلوكياته الخارجية او العمليات السيكوفسيولوجية الداخلية الا ان هناك اختلافات ثلاث بين كل طريقة :

الاولى : ان الاســترخاء لا يستلزم وجود اجهزة كهربائية او الكترونية بينما العائد الحيوي يحتوي على مثل هذه الادوات .

الثاني: ان العائد الحيوي وسيلة قياسية تقيمة ولكن الاسترخاء وسيلة علاجية فقط .

الثالثة : العائد الحيوي اوسع تطبيقا في مجال الاضطرابات السيكوفسيولوجية حيث يمكن استخدامه فـــي مجـــال الـــتوتر العضـــلي - والتـــنفس - وضغط الدم - ونبضات القلب - ورسم المخ بينما الاسترخاء يساعد على ازالة التوتر العضلي والاضطرابات الانفعالية فقط مثلا في القلق النفسي . (٥٣ :٣٧-٣٨) .

الدراسات السابقة

يمكن تقسيم الدراسات السابقة الى محورين اساسيين :

المحور الاول : يتناول الدراسات التي اهتمت بالاضطرابات الانفعالية والنفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية .

المحور الثاني : يتناول التدخلات النفسية عن طريق العلاج السلوكي لعلاج واحتواء الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرضى السكر .

أولا : الدراسات التي تتناول الاضطرابات النفسية والانفعالية المصاحبة لمرضى السكر

دراسة MC crady والتي نشرت في عام ١٩٩٩ تحت عنوان المزاج ومرضي السكر . وكان الباحث يقصد بالمزاج المكون من القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية .

وقد استعان الباحث بعينة من مرضي السكر قدرت باربعين مريضا عمرهم ٣٩ سنة وعينة ضابطة سوية عمرهم ٣٨ سنة قوامها ٤٨ فرداً واستطاع استطلاع هذا المكون من القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية عن طريق تطبيق قائمة الاعراض السيكاتيرية مستشفي ميديل سكس البريطانية .

وقد وجد الباحث ان:-

١- الاسوياء حصلوا علي درجات منخفضة في القلق والمخاوف
٢- المرضي حصلوا علي درجات مرتفعة في الاكتئاب والقلق (١٠٨ :٤).

دراسة orlandini والتي نشرت عام ١٩٩٧ تحت عنوان سمات الشخصية والتحكم في عملية الايض، دراسة لحالة السكر.

قــام الــباحث بدراسة ٧٧ مريضا ممن يعانون من السكري في المقابل عينة من الاسوياء قدرت ب٥٢ فردا .

قام الباحث كذلك بتطبيق استبيان[1] (D.Q.R) من خلال بعدي الاعتمادية و العدوانية

كما قيست مستويات التحكم في عملية الايض لدي مرضي السكر عن طريق HBAC - فكان المستوي المنخفض ٦% والمرتفعة ٩% وقد استخلص الباحث ما يلي :-

١- المجموعة التجريبية كانت اكثر اعتمادية واكثر عدوانية من افراد المجموعة الضابطة.
٢- داخــل المجموعــة التجريبية كلما زادت الاعتمادية والعدوانية زاد معدل السكر في الدم وبالتالي قل معدل التحكم في عمليات الايض (١١٠ :٦).

دراسة Brickman,A والتي نشرت في علم ١٩٩٦ تحت عنوان :

ســمات الشخصــية والحالة الصحية طويلة الامد :تاثيرات العصابية والضمير الحي علي السكر .

لقد تم فحص العلاقة بين عاملين من عوامل الشخصية لدي مرضي السكر اولهما العصابية وثانيهما الضمير الحي ، وقدرت المجموعة التجريبية ب ٨٥ مريضا بمتوسط عمر قدره ٢٤,٥- ٥٩,٣ ســنة فقــد وجــدا ان المرضــي المصابين منذ ١٠ سنوات فقط كانت عصابيتهم أقل من المرضــى المصابين منذ ١٥ عاماً أو يزيد كما وجدا علاقة بين الضمير الحي والسكري - فكلما زاد معــدل الضــمير الحــي كــلما زادت العصابية وبالتالي ادي الي ظهور بدايات الاضطراب السيكوفسيولوجي ممثلا هنا بالسكري (٦٤ :٧).

دراسة MC Daniel,J والتي نشرت عام ١٩٩٦ تحت عنوان

العوامل السيكولوجية المؤثرة علي الحالات الطبية حيث ناقش الباحث تاثير العوامل النفسية علي بدايات والتقدم في سير الحالات الطبية وهنا ناقش دور العوامل النفسية في السرطان بداياته وتطوره المناعة النفسية العصبية و العوامل النفسية وامراض الغدد الصماء (السكري) ، علم القلب النفسي وعوامل المخاطرة للاصابة بالامراض . وغيرها من الموضوعات ذات الصلة بموضوع الطب السلوكي وعلم النفس الصحة (١٠٧ :٩).

---

[1]- Diagnostic questionnire - revised

دراسة Lu-Ning والتي نشرت في عام ١٩٩٥ تحت عنوان

الحالـــة النفسية الجيدة وخصائص الشخصية لمرضـي السكر حيث قام الباحث بدراسة ٤٨ مريضا بالســـكري مـــن الراشدين ممن تتراوح اعمارهم من ٤٠-٥٠ سنة مستعينا بالادوات السيكولوجية الاتية :-

١- قائمة الاعراض النفسية

٢- مقياس التقدير الذاتي للقلق لهاملتون

٣-مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب لهاملتون

٤- بطارية ايزنك للشخصية

وقد استنتج الباحث ما يلي :-

١-العينة التجريبية تعاني من قلق متوسط

٢-العينة التجريبية تعاني من اكتئاب متوسط

٣-العينة التجريبية تعاني من عصابية

٤-العينة التجريبية تعاني من صورة سلبية عن الذات

وهذه الدراسة تستعرض وبشكـــل دقيـــق دور المشـــاعر السلبية[1] للتعجــــــل بالاصابـــة بالسكري (٩٩ :٧).

دراسة colomba التي نشرت عام ١٩٩٤ تحت عنوان

المظاهر السيكولوجية لمرضـي السكر حيث قام الباحث ببحث عينة مؤلفة من ٣٨ مريضا بالسكري وخلال المقابلة الفردية طبق عددا من الاختبارات النفسية التي تقيس المظاهر السيكولوجية منها

اختبار كاتيل 16pF

مقياس الاكتئاب لهاملتون

مقياس زونج لتقدير القلق

استبيان السلوك المرضـي

وبعد تحليل النتائج ثبت ان مجموعة مرضـي السكر لديهم

[1]-NEGATIVE Feelings

درجة مرتفعة من الاكتئاب

درجة فوق المتوسط من القلق

لديهم اتجاهات وسلوكيات مرضية

واوصت الدراسة بوجوب توفر عينة ضابطة في الدراسات المستقبلية التي تتناول موضوعات الطب السلوكي وعلم النفس الصحة (٦٨ :١١).

دراسة Lustman,E والتي نشرت في عام ١٩٩٢

بعنوان العلاقة بين خصائص الشخصية وتنظيم الجلوكوز (السكر) لدي عينة من الراشدين المصابين بالسكري .

قام الباحث بقياس خصائص الشخصية لعينة قوامها ١٣٩ مريضا لتحديد هذه الخصائص بشكل دقيق ولتحديد امكانية تواجد هذه العلاقة من اساسها وتنظيم الجلوك باختبار(CTPCD).

وكما كان يقوم بقياس الجلوكوز بالدم عن طريق GHb وقد وجد الباحث مايلي :

١- ارتباط قوي بين الشخصية التي تحصل علي درجات متطرفة (عالية جدا) ومستوي من السيطرة والتحكم فقير وضعيف جدا.

٢- ارتباط قوي بين الشخصية التي تحصل علي درجات منخفضة جدا ومستوي من السيطرة والتحكم ضعيف كذلك.

٣- كلما كان بروفيل الشخصية في نطاق المتوسط كلما امكن لهؤلاء المرضي التحكم والسيطرة الجيدة علي مستويات الجلوكوز لديهم (١٠٠ :١٤-١٥).

دراسة Liakopoulou والتي نشرت عام ١٩٩٢

تحت عنوان خصائص الشخصية والعوامل البيئية والتحكم في الجلوكوز بالدم لدي عينة من الراشدين المصابين بالسكري

1. cloninger's tridimensional personality questionnire

استعان الباحث بمجموعتين الاولي عينة تجريبية مصابة بمرض السكر عددها ١٨ مريضاء وعيـــنة ضـــابطة مماثلة لها غير مصابة بالسكر ولا أي مرض عضوي او نفسي اخر عددها ٢٢ فرداً

المقاييس التي طبقها الباحث علي المجموعتين هي :

مقياس القلق الصريح

مقياس الاكتئاب لهاملتون

بعد التحليل الاحصائي اتضح ان المجموعة التجريبية تعاني من القلق النفسي الصريح والاكتئاب بدرج مرتفعة (جوهرية) مقارنة بالمجموعة الضابطة (٩٧ :١٢).

دراسة Gilbert والتي نشرت في عام ١٩٩١

بعنوان العلاقات النفس فسيولوجية للإنبساطية والعصابية والذهانية خلال التكيف والواجهة النشطة او الخاملة لمرضي السكر .

حيث تم فحص ١٨ امرأة و٢٧ رجلا بمتوسط عمر ٣٨,٣ سنة للعلاقات النفس فسيولوجية للانبساطية[١] ، العصابية [٢]، الذهانية [٣]اثناء حالة القلق ومستوي اليقظة المرتفع سواء في مهمة ذات نشـــاط خامل [٤]او مهمة نشطة (الحديث) ، فقد وجد الباحث انه اثناء المهمة الخاملة وهي سرعة ضربات القلب[٥] تغيرات ايجابية مرتبطة بحالة القلق والعصابية-وتغيرات سلبية مع الانبساطية اما فـــي حالــــة الكـــلام وهي المهمة النشطة فان معدل ضربات القلب كان مرتبطا سلبيا بحالة القلق وبمؤشرات هذا القلق غير اللفظية ولكن بارتباطات ايجابية مع الانبساط .

ممــــا يؤكــــد ان كـــلما زادت معدلات العصابية والانبساطية انخفضت معدلات التحكم في ضــــربات القــلق وبالتالي زادت امكانية وجوب القلق مما قد يرفع او يساعد علي رفع الجلوكوز بالدم(٨٥ :١٢).

---

[١]EXT
[٢]NTC
[٣]PTC
[٤]VENI PUNCTURE
[٥]HP

دراسة Tatter Sall – R والتي نشرت عام ١٩٩١ تحت عنوان المظاهر والاعراض الطب نفسية للسكر من وجهة نظر الاطباء .

حيـث بدأ الباحث دراسته بسؤال : هل هناك شخصية سكرية تمتد من الطفولة الى الرشد مروراً بالمراهقة ؟.

اسـتعان الباحث بــ ٢١ مريضا مصاب بالسكر وقدمت لهم الاختبارات التي تقيس القلق النفسي والوسـواس القهري والاكتئاب وذلك عن طريق مقياس القلق الصريح ومقياس الوسواس القهري واختيارهاملتون للاكتئاب وتم تطبيق هذه الادوات من قبل الاخصائيين النفسيين وتمت المقابلة من قـبل الاطـباء النفسـيين واستمرت الدراسة اسبوعين لقياس سمات مرضى السكر او الشخصية السكرية .

وبعد تحليل النتائج ثبت الآتي :

- ١٨ مريضا من اصل المجموعة ٢١ مريضا يعانون من القلق والاكتئاب كحالات انفعالية و ١٢ مريضا من اصل ١٨ مريضا يعانون من الوسواس القهري .
- كمـا لاحـظ الاطـباء النفسيين ان هؤلاء الاشخاص المصابين بالسكر اكثر ميلا للامتلاء وزيادة الوزن والاستثارة الانفعالية .
- ضرورة الجمع بين الطرق السيكولوجية والطب نفسية كتدخلات علاجية لمساعدة المرضى عـلى ازالـة القلق والاكتئاب – الطرق السيكولوجية ممثلة في العلاج النفسي والطرق الطب نفسية ممثلة في العقاقير النفسسية .
- اوصـت الدراسـة بجـدوى مشـاركة الاطباء النفسيين والمعالجين النفسيين في تشخيص الاضـطرابات النفسية المصاحبة لمرضى السكر مع تحليل وعلاج هذه المظاهر والاعراض الطب نفسية في مرحلة لاحقة .

.(٨: ١٣٨)

دراســة Polonsky والــتي نشــرت في عام ١٩٩٠ بعنوان الاصدارات السيكولوجية الاجتماعية لمرضي السكر

حيــث اشار الباحث في دراسته الي ان الاضطرابات النفس فسيولوجية كالسكرى و ضغط الــدم و الربو تعد من من الاضطرابات التي تصيب ٨-١٢% من مجموع الامراض التي تصيب الناس .

وحــاول في دراسته التركيز علي مرضي السكر ، حيث قام بمقابلة اكثر من ٨٠ مريضا بالسكر مقابلة فردية واستخلص الباحث ان هؤلاء المرضي يعانون من

الاحباطات والضغوط

القلق والاكتئاب

سوء الاداء الجنسي

اضطرابات في الذاكرة

(٢٩: ١٢٠)

دراســة schaumburg و الــتي نشرت في عام ١٩٨٨ تحت عنوان تقيم العصابية وقبول المــرض وســوء الوظيفــة الجنســية بالاستخبارات النفسية بين مرضي من الراشدين المصابين بالسكري .

وقــد اســتعان الباحث بمجموعة من المرضي المصابين بالسكر قدرت بنسبة (٦) مرضى محاولاً تقيم العصابية وقبول المرض وسوء الوظيفة الجنسية لدي المرضي

استخدم الباحث استخبار ايزنك للشخصية

بعد العصابية ومقياس قبول المرضي

ومقياس سوء اداء الوظيفة الجنسية

ولــم يكــن هــناك فـــي المقابل عينة ضابطة وتم القياس في جلسة فردية لكل مريض من المرضـــي الست واستغرق تطبيق هذه الادوات قرابة الساعتين لكل مريض وبالتحليل الاحصائي اتضح ان هؤلاء المرضي يعانون من عصابية مرتفعة ومستوي قليل من قبول المرض كما يعانون من اضطرابات جنسية اولية (١٢٦ :٢٥).

دراسة Alba-perez و التي نشرت في عام ١٩٨٥ تحت عنوان السكر والعوامل النفس اجتماعية قــدرت عينة البحث باربعين (٤٠) كوبيا ممن يعانون من فرط السكر وفي المقابل عينة سوية مماثلة لها في العدد (٤٠ شخص).

واستخدام الباحث اداتين

أ- المقابلات الاكلينكية

استبيان تحليل الذات لكاتيل **R Cattell's self – anlysis questionnire**

وبعد تطبيق الاختبار او الاستبيان في جلسة تطبيق فردي اتضح من نتائج تحليل النتائج ما يلي :-

١-المرضي اعلي درجة من الاسوياء علي مقياس الوسواس القهرى

٢-المرضي اعلي درجة من الاسوياء علي مقياس الفصام

٣-المرضي اعلي درجة من الاسوياء علي مقياس القلق

٤-المرضي اعلي درجة من الاسوياء علي مقياس الهستيريا

(٤١ :١٢)

دراســة Peyrot-mark والــتي نشــرت فــي عام ١٩٨٥ بعنوان العوامل النفس اجتماعية المتحكمة في السكر .

لقــد درس الفاحص ١٤ مريضا من الراشدين المصابين بالسكر بمتوسط عمر قدره ٤١,٧ سنة ولذلك لتحديد العوامل النفس اجتماعية المهمة في السكر (جلوكوز الدم) والسيطرة عليه،

وقد تم قياس مستوي السيطرة علي جلوكوز الدم بواسطة قياس ما يسمي (Glycosylated Hemoglobin) وتم قياس العوامل الاجتماعية عن طريق النموذج النفسى الاجتماعى الحيــوى **(B . P . S)**.

هذا النموذج يحقق المكونين الاساسيين وهما الجانب السيكوفسيولوجي المباشر والجانب السلوكي غير المباشر . وقد اشارت النتائج الي وجود علاقة ورابطة قوية بين التكيف النفسي اجتماعي والتحكم في السكر وقد ايدت النتائج كذلك اساليب المواجهة المرضية وسلوك البروفيل الصحي للسيطرة والتكيف مع السكر .

(١١٩ :٢٢)

دراسة Surridge والتي نشرت في عام ١٩٨٤ تحت عنوان " المظاهر الطب نفسية لمرض السكر .حيــث قدرت عينة البحث بـــ ٥٠ مريضا من الذكور والاناث من سن يتراوح ما بين ١٦ – ٦٠ سنة – تم استخدام هذه الادوات السيكولوجية لرصد وقياس الاعراض الطب نفسية لمرضى السكر وهذه الادوات هي :

- اختبار بك لقياس حالة الاكتئاب
- اختبار هاملتون للاكتئاب[1]
- مع الاخذ في الاعتبار الآتي :
- الشكوى السابقة والحالية للمريض .
- كم الادارة الذاتية لمرضى السكر من قبل المرضى .

وتم القياس في جلسة او مقابلة اولية كانت مدتها ساعة لكل مريض . ومن نتائج الدراسة :

١- مستوى منخفض من الطاقة .
٢- زيادة الاجهاد .
٣- استثارة مرتفعة .
٤- اكتئاب متوسط . (١٣١ :١١) .

دراســـة Nali boff . C والـــتي نشرت في عام ١٩٨٢ تحت عنوان : هل بامكان بطارية مينسوتا متعدد الاوجه ان تشخص او تفرق الامراض المزمنة من الآلام المزمنة ؟

ولـلقيام بهـذا البحث قام الباحث بتطبيق بطارية MMPI على عينة من المصابين بمرض السكر قدرت ب ٣٣ مريضا بمتوسط عمر قدره ٤٦,٨ وعينة ضابطة من الاسوياء قدرت ب ٢٩ شخصا وكان من نتائج هذه الدراسة الآتي :

هـناك فروق جوهرية بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في صالح المجموعة التجريبية على مقاييس:

- الاكتئاب النفسي
- لقلق النفسي
- الهســتيريا
- الاعياء المرضي

اوصـت الدراسـة بضـرورة فحص المرضى المصابين بالسكر كل سنه تقريبا ، فحص القدرات العقلية والعوامل السيكولوجية . (١١٢ :١٢).

دراسة wilkinson والتي نشرت عام ١٩٨١ تحت عنوان " المظاهر الطب نفسية لمرضى السـكر " وتعـد هذه الدراسة من الدراسات النظرية حيث نوقشت في هذه الدراسة العوامل الطب نفسية في تسبب الاصابة بالسكري من جهه والسيطرة على هذا المرض من جهه ثانية .

واوصت هذه الدراسة الباحثين في مجال الاضطرابات الغدية والسكري . بان :-

١-عليهم تحويل المرضى (السكريين) لفحص الوظائف العقلية كالذكاء والتذكر والانتباه كل سنة على الاقل.

٢- فحـص المرضـى المصـابين باصابات مخية في بداية الاصابة وذلك عن طريق ملاحظة ومراقبة امراض المخ واصاباته كتدهور الذاكرة او الرعاش .... الخ .

٣- اوصـت الدراسـة بضرورة المهام الاكلينيكية من الاطباء بالطرائق التي تؤثر على مرضى السكر ومراقبة ورصد السلوكيات الغير توافقية اثناء مرورهم بالمحن والشدائد . (١٤٦ :٩) .

ثانيا : الدراسات التي تناولت اثر التدخلات

النفسية عن طريق العلاج السلوكي في علاج واحتواء الاضطرابات النفسية المصاحبه لمرضي السكر

دراسة Tansman والتي نشرت في عام ١٩٩٩ تحت عنوان علم النفس الإكلينيكي ومرض السكر افترضت هذه الدراسة النظرية ان يسهم علم النفس الإكلينيكي في تقديم رعاية لمرضي السكر، تقديم رعاية بمفهومها الاشمل والأوسع لا مجرد تقديم خدمة علاجية فقط ، وكانت تقنيات وأساليب علم النفس الإكلينيكي تنقسم الي قسمين كبيرين.

١-زيادة تقبل المريض لحالته المرضية الراهنة.
٢-تغيير الأنماط السلوكية (عن طريق العلاج السلوكي) .

من اجل إحلال الرعاية الذاتية محل الرعاية الاعتمادية (العلاج وارشادات الطبيب المعالج فقط)لمرضي السكري ومن ثم الإسهام مباشرة في تحكم المرضي في مرضهم واوصت هذه الدراسة ضرورة إيجاد نظام تكاملي بين علم النفس من جهة وعلم الغدد الصماء واضطراب السكري من جهة أخرى.
(١٢: ١٣٧)

دراسة David والتي نشرت في عام ١٩٩٩ بعنوان التوجه السلوكي متعدد المحاور والمرضي المصابين بالسكري.

الإجراءات :

استعان الباحث بعينة تجريبية قدرت ب ٣٢ مريضا من الراشدين من سن ٣٠-٤٥ سنة -وطبق الباحث برنامجين من برامج التوجه السلوكي متعدد المحاور
احدهما : العلاج السلوكي المعتمد علي الاسترخاء .
ثانيهما: التحليل السلوكي لهذه السلوكيات واستمر هذا البرنامج مدة ٦ أسابيع.

بعدهـــا مباشـــرة اســـتطاع المرضي المصابين بالسكر ان يتحكموا في انفعالاتهم النفسية الضارة كالحنق والغضب والكراهية مما اثر إيجابيا علي خفض نسبة الجلوكوز بالدم لديهم .
(٧٧ : ٥)

دراســـة MC quaid والـــتي نشرت عام ١٩٩٩ وكانت تحت عنوان اثر المزاج المكون من القلق والاكتئاب والمخاوف علي مرضي السكر، وكون الباحث عينتين.

الأولي: تلقت العلاج الدوائي لمرضي السكر وقوامها اربعين مريضا بمتوسط عمر ٤٣,٦ سنة كما تلقت العلاج السلوكي باستخدام العائد الحيوي.

الثانية: تلقت العلاج الدوائي للسكر فقط وقوامها ٣٥ مريضا عن متوسط عمر ٤٨,١ سنة
وقـــام الباحث بتدريب المرضي علي أسلوب العائد الحيوي في فترة ١٧ جلسة باستخدام تدريبات الاســـترخاء وبعـــد هـــذه الجلســـات استطاعت المجموعة الأولى ان تحسن من القلق والاكتئاب والمخـــاوف نسبة ٤٠% من هؤلاء المرضي استطاعت من خلال تخفيض القلق والاكتئاب خفض الجلوكوز بالدم لديهم .
(١٠٨ :٢٢)

دراســـة MC quaid والـــتي نشـــرت في عام ١٩٩٩ وكانت تحت عنوان استخدام العائد الحيوي المعتمد علي أسلوب تخطيط العضلات الكهربائي.
biofeed back by using electro myograph(EMG) لمســـاعدة مرضي مصابين بأمراض مزمنة كالتالي
السكر
السرطان
الربو الشعبي
حيـــث اســـتخدم الباحث هذا الأسلوب مع كل مجموعة من المجموعات المرضية واستمر استخدامه ٦ أسابيع وكانت النتائج كالتالي:

استطاعت مجموعة السكر ان تحسن من قراءات السكر لديهم كما استطاعت لديهم كما استطاعت مجموعـة مرضـى السـرطات تحسـين الحالة النفسية لديهم نتيجة الاصابة بالمرض من جهة وتعرضهم للعلاج الكميائي من جهة اخري .

دراسة Trobe والتي نشرت في عام ١٩٩٨ وهي بعنوان اثر التدخلات المعرفية السلوكية لمرضي مصابين بأمراض مزمنة بما فيها السكري.

قام الباحث بتقديم خدمات علم النفس وبالأخص العلاج السلوكي لمرضي
- مصابين بالسرطان
- مصابين بالربو
- مصابين بالسكر
- وبعـد تقديم واستخدام العلاج السلوكي المعرفي لهذه الفئات المرضية استطاع الباحث ان يحسن مـن الاضـطرابات النفسـية المصـاحبة للسكر ولكن تحسين هذا الاضطراب جاء بعد تحسين الاضطرابات النفسية للسرطان والربو (١٠٨ :٢٩).

دراسـة Bruce والـتي نشرت عام ١٩٩٧ بعنوان تقييم دور التدخلات السلوكية المعرفية لخفض المشقة عند مرضى مصابين بالسكري .... ونتائج هذا الخفض على مستوى التوتر من جهة ومن مستوى الجلوكوز في الدم .

الإجراءات :
اسـتعان الباحث بمجموعتين الأولى تتلقى التدخلات السلوكية المعرفية والعلاج الدوائي للسكر ... قـدرت بـ ١٩ مريضا بعمر يتـراوح من ٤٧ – ٧٤ سنه من الرجال والنساء – في مقابـل عيـنة ضابطة تتلقى فقط العلاج الدوائي لمرض السكر – قدرت بـ٢٨ مريضا بعمر يتراوح من ٤٠ – ٦٢ .

الأدوات المستخدمة :

١- العلاج السلوكي المعتمد على الاسترخاء العضلي.
٢- العلاج المعرفي القائم على أسلوب المواجهة [1]
٣- مقاييس نفسية (مقياس شبيلبرجر للقلق النفسي)
٤- مقياس حالة الاكتئاب بك
٥- مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب والقلق .

ورصدت المشاعر السلبية للمجموعتين التجريبية والضابطة بواسطة القياس النفسي .
وقد استمر برنامج العلاج السلوكي القائم على الاسترخاء والعلاج المعرفي القائم على أسلوب المواجه مدة أربعة أسابيع واستخلصت الدراسة النتائج الآتية:

١- المجموعة الضابطة والتجريبية يعانوا من القلق والاكتئاب .
٢- المجموعة التجريبية سجلت نسبة خفض للاضطرابات النفسية المصاحبة للسكر من قلق وتوتر واكتئاب – أعلى كثيرا من أفراد المجموعة الضابطة .
٣- المجموعة التجريبية انخفضت لديها المشقة مقارنة بالمجموعة الضابطة.
٤- أما فيما يتعلق بخفض نسب الجلوكوز بالدم فقد تساوت المجموعتين التجريبية والضابطة (٦٥ :١٥).

دراسة De, Pablo , J والتي نشرت في عام ١٩٩٧ وهي تحت عنوان استعراض إسهامات علم النفس خلال ٣٠ عاما وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية .
قدم الباحث في هذه الدراسة النظرية تأريخا لعلم النفس وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتيه .
يستعرض الباحث بدايات علم النفس الإكلينيكي والتطور المذهل لأدواته التشخيصية والعلاجية خلال الحربين العالميتين الأخيرتين والفرق بين علم النفس الإكلينيكي . وعلم النفس المرضي والتطور الأخير ليصبح الطب السلوكي ويشتق منه احدث التعريفات وفروع علم النفس وهو علم النفس الصحة ودور علم النفس الإكلينيكي والطب السلوكي في :

---

[1] COPING

١) تشخيص الاضطرابات النفسية لمرضى السكر .

٢) تأهيل هؤلاء المرضى .

(٨: ٧٤)

دراسة Kavild.E والتي نشرت عام ١٩٩٧ تحت عنوان اثر الاسترخاء العضلي على خفض نسبة الجلوكوز بالدم وقد كون الباحث مجموعتين :

الأولي : المجموعة التجريبية وتتألف من ٢٢ مريضا بمتوسط عمر قدره ٤٥ سنه وهي التي سوف تتلقى العلاج الدوائي بالإضافة الى العلاج السلوكي المعتمد على أسلوب الاسترخاء العضلي.

الثانية : وتتألف من ٢٢ مريضا بمتوسط عمر قدره ٤١ سنة وهي التي سوف تتلقى فقط العلاج الدوائي فقط بعد تعرض المجموعة التجريبية لتجربة التدريب على الاسترخاء مدة أربعة أسابيع - استمرت فترة المتابعة لاكثر من ١٦ أسبوعا من المتابعة الدقيقة للجوانب الفسيولوجية لمرضى السكر وهي:

١- Total Glycosylated Hemoglobin (GHB)

٢- oral Glucose Toleran Ce curve (AUC)

وقد استخلص الباحث ان الحالة النفسية لمريض السكر تحسنت وانخفضت المشقة مقارنة بالمجموعة الضابطة – وفي المقابل تحسن GHB مقارنة بـ AUC (٩٣ :٨)

دراسة Faidly .L والتي نشرت في عام ١٩٩٧ تحت عنوان الدور التكاملي بين العوامل السيكولوجية والعوامل الطبية لأحداث الإصابة بالسكر قام الباحث بتأليف مجموعة من المرضي وطبق عليهم مجموعة من الاختبارات النفسية .

١- بطارية منسيوتا متعددة الأوجه

٢- عوامل كانيل الستة عشر

٣-بطارية بك للاكتئاب

٣) المقابلة الإكلينيكية

وفي المقابل قام بقياس مستويات الجلوكوز بالدم ولاحظ الباحث .

١-انـــه كـلما ارتفع معدل الاكتئاب والقلق والبار انويا و الأفكار الوسواسية قل التحكم في نسب الجلوكوز بالدم .

٤) اقــترح و اوصـــي الــباحث بضــرورة متابعة مثل هذه البحوث التي تعد مؤثرة وقوية بمعرفة مسار الاضطرابات البدنية (السكر) وذلك علي ثلاث مستويات

أ – الوقاية

ب–التدخل والعلاج

ح– متابعة دقيقة لمستويات الجلوكوز بالدم

(٨٤ :٢٥)

دراســـة Barbare والتي صدرت في عام ١٩٩٦ تحت عنوان دراسة مقارنة لأسلوبي من أساليب التدخلات السلوكية و النفسية في علاج زيادة أو فرط السكر بالدم .

الإجراءات

قام الباحث بتقسيم عينات التجربة إلى أثنين .

<u>الأولي</u> : العيــنة التجريــبية و التي قدرت بـ ٣٧ مريضاً من سن ٣٠-٦٠ سنة و هي مجموعة تتلقى العلاج الدوائي لعلاج السكر علاوة على العلاج السلوكي المعتمد على اسلوب العائد الحيوي بشقيه .

رســام العضلات الكهربائي – رسام الحرارة الكهربائي ذلك بالطبع باستخدام والاستعانه باسلوب الاسترخاء ومدة التجريب كانت ٣٠ يوما بواقع مرة كل ثلاثة ايام لمدة ساعة .

<u>الــثانية</u> : العيــنة الضابطة والتي قدرت بـــ ٣٢ مريضا من سن ٣٥ – ٦٠ وهي المجموعة التي تتلقى العلاج الدوائي لعلاج السكر علاوة على العلاج المعتمد على اسلوب الارشاد النفسي والذي استمر كذلك ٣٠ يوما بواقع مرة كل ثلاثة ايام ولمدة ساعة .

اســـتنتج الـــباحث ان الفروق بين المجموعتين لم تكن فروق جوهرية مما اوصى بضرورة اتباع الطريقتين في العلاج في الدراسات القادمة . (٦١ :٣٧).

دراسة CLEVELAND والتي صدرت في عام ١٩٩٦ بعنوان علاج المصاحبات النفسية المترتبة على الاصابة بالسكري وامراض سيكوماتية اخرى .

حيــث استخدم الباحث اسلوب العلاج النفسي السلوكي بالاسترخاء لعلاج القلق النفسي ، واسلوب العلاج السلوكي المعرفي لعلاج الاكتئاب لعينات من المرضى صنفو على الآتي :

١- اضطرابات الغدة الدرقية
٢- السكري [١]
٣- اضطرابات القلب الوعائية[2].
٤- الاضطرابات العصبية[٣]
٥- اضطرابات الكلى[4]
٦- اضرابات الكبد والتهاباته[٥]
٧- مرضى نقد المناعة المكتسبة[6].
٨- سوء اداء الوظيفة التنفسية[٧] .
٩- سرعة ضربات القلب[٨]

---

[١]- CARDIO VASCULAR
[٢]- NEUROLOGIC
[٣]RENAL
[٤]- HEPATIC
[٥]-HIV
[٦]-RESPINOTARY IN SUFFICENCY
[٧]-RESPINOTARY IN SUFFICENCY
[٨]- ORAN TRANS PLABTATION

استمر تطبيق اسلوب الاسترخاء والعلاج المعرفي لتحسين القلق النفسي والاكتئاب فترة قدرة بأربع اســابيع بعدها مباشره قام الباحث بفحص هذه الاضطرابات النفسية (القلق – الاكتئاب) بعد فترة التجريب فكانت النتائج على الاتي :

الاضطرابات التي تحسنت جدا هي السكر ، الايدز ، اضطراب القلب الوعائية .

الاضــطرابات الــتي تحسنت بشكل ضعيف هى اضطراب الغدة الدرقية والتنفس وزيادة سرعة ضربات القلب .

الاضطرابــات التـــي لم تتحســـــن كانـــت التهـــاب الكبـــد ، العصبية ، الكلـــى . (١٥: ٦٧)

دراســـة Zombanini والتي نشرت في عام ١٩٩٦ وهي تحت عنوان اثر التدخلات النفسية للتغلب على الخوف والقلق عند مرضى السكر ، حيث استخدم هنا الباحث اسلوب تعديل السلوك جماعيا ، فـــي مجموعة مرضية تعاني من السكر منذ اكثر من ٨ سنوات وبعمر متوسط ٤٨,٢ سنة واستمر برنامج تعديل السلوك لأكثر من ٧ جلسات .

حيــث استعان الباحث كذلك باسلوب العلاج بالاسترخاء التخيلي وقد طبق الباحث على كل افــراد المجموعة التجريبية استبيان سوء الوظائف الصحية وقام بتحليلة ليكون عنده في النهاية بر وفيــل لكــل مــريض واستنتج الباحث ان المجموعة التجريبية استطاعت ان تكون اكثر طواعية ويقومــوا بــبذل جهد متوازن لأداء ما يطلب منهم في ذات الوقت كما استطاعت كذلك المجموعة التجريــبية التغــلـــب عــلـــى الخـــوف والقــلـــق وكـــانـــوا اكثـــر إيجابيـــة ومشاركـــة . (١٥٢ : ٣٣) .

دراســـة AIKENS والـــتي نشرت في عام ١٩٩٦ وهي تحت عنوان : السكر واضطراب الغدد الصماء الأخرى ، وهي دراسة سجلت في كتاب Cinical hand book of health psychology

A practical guide to effective interventions

وقــد تناولت الدراسة النظرية عدة موضوعات ومفاهيم عن مرضىالسكرخصوصاً ، وعلم النفس الصحة والطب السلوكي عموما ، ومن بين هذه الموضوعات :

١- الأسباب الحقيقية لتحويل حالات الغدد الصماء للدراسة السيكولوجية .
٢- الاضطرابات الاكتئابية واضطرابات القلق.

وقد قام الباحث بتطبيق ثلاث اختبارات لقياس القلق

١- مقياس القلق الصريح لتيلر .
٢- مقياس القلق لبك.
٣- مقياس القلق لهاملتون .

ثم طبق الثلاث انواع من العلاج على ثلاث مجموعات فرعية من مرضى السكر

- مجموعة تلقت العلاج القائم على الارشاد النفسي
- مجموعة تلقت العلاج القائم على العلاج السلوكي
- مجموعة تلقت العلاج القائم على بالادوية النفسية .

واستمر برنامج العلاج لمدة شهرين وتم قياس القلق بنفس المقاييس السابقة واتضح ان افضل العلاجات التي اثرت علي القلق النفسي هي العلاج السلوكي يليها العلاج الدوائي ، يليها العلاج بالارشاد النفسي وبالتالي تم خفض نسبة السكر بمعدلات افضل لدى افراد المجموعة التجريبية المستخدمة للغلاج السلوكي يليها مجموعة علاج بالادوية النفسية ، يليها العلاج بالارشاد النفسي . (٥٩: ١١٥) .

دراسة Martin والتي نشرت في عام ١٩٩٤ تحت عنوان علاج القلق والاكتئاب لمرضى من الراشدين المصابين بالسكري .

قدم الباحث اسلوبين للعلاج : الاول : العلاج النفسي والثاني: العلاج السلوكي .
وذلك لعلاج القلق والاكتئاب لعينة من مرضى السكر قدرت بـ ٣٥ مريضا بمتوسط عمر قدره ٤١,٦ سنة واستمر برنامج العلاج لمدة ٣ اشهر تلقت المجموعة خلالها ١٨ جلسة نفسية وبعدها تم قياس القلق النفسي والاكتئاب بنفس الادوات التي تم فيها القياس الاول باستخدام مقياس حالة القلق عند Beck وحالة الاكتئاب عند Beck .

وبعد فترة العلاج ومقارنة العينة لنفسها استنتج الباحث انه بعد العلاج امكن التقليل من نسب القلق والاكتئاب لدى المجموعة بشكل جوهري . (٣٩ : ١٠٣)

دراســـة Bradely والــتي نشرت عام ١٩٩٤ تحت عنوان اسهامات علم النفس لمرضى مصابين بالســكري وهـــي من الدراسات النظرية التي اقررت ثلاث اسهامات لعلم النفس في مجال رعاية علاج المرضى المصابين بالسكري .

١- قياس ورصد النتائج السيكولوجية والعمليات السيكولوجية .
٢- القدرة الجيدة على المراقبة الذاتية لجلوكوز الدم .
٣- ادارة حالة المشقة .

كما قدم نتيجتين اثنتين امكن التوصل اليهم من خلال الدراسة وهما الارادة الذاتية للوزن والعلاج النفسي لاضطراب الوظيفة الجنسية . (٦٠ :٢٢-٢٣) .

دراســـة Board والتي نشرت في عام ١٩٩٣ تحت عنوان دور العلاج السلوكي القائم علي حسن إدارة المريض لمشكلة السكر لديه مع خفض نسبة الجلوكوز بالدم .

استعان الباحثين بعينتين الأولى المرضي الذين يعانون من السكر وفي حدود ما بين ١٦٠- ١٧٠- والعيــنة الــثانية المرضي الذين يعانون من السكر في حدود ١٦٠-١٧٠ إلا ان الاختلاف الوحيــد بيــنهم فــي ان المجموعة الأولى تتلقي العلاج الدوائي بالإضافة للعلاج السلوكي – أما المجموعة الثانية فتتلقي العلاج الدوائي فقط . واستمر العلاج السلوكي المعتمد علي اسلوب حسن ادارة المريض لمدة ٤ اسابيع وبعدها مباشرة تم قياس جلوكوز الدم وقد انخفض مستوي الجلوكوز بـــالدم مــن ١٦٠-١٧٠ الى ١٣٥-١٤٠ واســتخلص الباحث ان بالامكان خفض نسبة السكر لا بـــالعلاج الســـلوكي فحســـب – بل بمزيج من العلاج السلوكي والعلاج الدوائي الا ان المجموعة التجريبية قد استطاعت تخفيض نسب الجلوكوز بالدم فبعد القراءة الاولي ١٦٠-١٧٠ تحسنوا الي ١٥٥ – ١٦٠ (٥٧ :٦١) .

دراســـة Boehm والــتي نشــرت فــي عام ١٩٩٣ تحت عنوان التحليل السلوكي اليومي وامكانية خفض نسب الجلوكوز لعينة من مرضى السكر .

المنهج والاجراء :

استعان الباحث بعينة من الراشدين في سن من ٥٠ – ٥٥ سنة مصابة بالسكر منذ ٥ سنوات – وقد حـــاول الباحـــثين تدريب المرضى على العلاج السلوكي عن طريق التحليل السلوكي اليومي لكل الانشطة التي من شأنها اثارة القلق والتوتر وتحديدها بدقة واستمر ذلك قرابة ثلاثة اسابيع ثم اخذت عيـــنات عشوائية من الدم لقياس نسبة الجلوكوز بالدم مرة اخرى فوجد الباحث ان هناك انخفاضا مــلحوظا وجوهـــريا فـــي معدلات نسب الجلوكوز بالدم – واستخلص الباحث انه بامكان اسلوب التحـــليل الســـلوكي اليومـــي مواجهة المشقة والتعامل معها بكل جرأة مما عاد مباشرة واسهم في الاقلال من نسب الجلوكوز بالدم .

.(٣١: ٥٨)

دراسة Lane والتي نشرت في عام ١٩٩٣ تحت عنوان الاسترخاء وعلاج السكر .
ويهـــدف البحث الحالي لفحص واختبار امكانية حدوث تغيرات في نسب الجلوكوز بالدم باستخدام تقنية (اسلوب) الاسترخاء التصاعدي لذا كون الباحث عينة تجربته واخرى ضابطة .

اما العينة التجريبية تألفت من ٣٨ مريضا في سن ٤٠ سنة وكانت تتلقى العلاج الدوائي – هذا بالطبع– بالاضافة الى علاج الاسترخاء.

والعينة الضابطة تألفت من ٣٠ مريضا في سن ٤٠ – ٤٢ سنة وكانت تتلقى العلاج الدوائي فقط – علما بان المجموعتين اتفقتا في مرور ٦ – ٨ سنوات على اصابتهم بالمرض .
الاجـــراء : تم تدريب المرضى من المجموعة التجريبية على تدريبات الاسترخاء التصاعدي فترة ثلاثـــة اســـابيع مـــن التعلم ثم اداء هذه التدريبات في المنزل لمدة اسبوعين بعدها تم قياس نسب الجـــلوكوز بالدم لكلا المجموعتين – اتضح بالتحليل الاحصائي ان المجموعة التجريبية استطاعت ان تخفـــض نســـبة الجـــلوكوز بـــالدم بدرجـــة اعلى وذات دالة احصائيـــــة مقارنة بالمجموعة الضابطـــــة .(٩٤ :١٨) .

دراســـة Viinamaeki, و الـــتي نشرت عام ١٩٩١ تحت عنوان العلاج النفسي لمرضي مصابين بالسكري .

حيث قام الباحث تطبيق تجربته علي عينتين

١-عينة تجريبية مؤلفة من ٥٠ مريضا بالسكري من الراشدين يتلقوا العلاج الدوائي لمرض السكر علاوة علي العلاج النفسي.

٢-عينة ضابطة مساوية للعينة الأولى تقريبا فيما عدا انها لا تتلقي العلاج النفسي.

استمرت جلسات العلاج النفسي ٦ اسابيع تلقوا خلالها ١٤ جلسة نفسية فردية

وبعدها قام بقياس نسبة السكر - في البداية بالطبع قد تم القياس الاولي ومقارنة النتائج وجد ان افــراد المجموعة التجريبية تحســـــن عندها السكر تحسنا ملحوظا مقارنة بافراد المجموعة الضابطة (١٤٢ :١٥).

دراسة Peseschkian والتي نشرت في عام ١٩٩٠ تحت عنوان

العـــلاج السيكوســـوماتي لمرضـــي يعانون من السكري قدم الباحث لافراد المجموعة التجريبية (مرضي السكر) والتي كان قوامها ١٨ مريضا علاجا نفسيا (العلاج النفسي الايجابي) قد مكثوا بالمستشفي فترة تلقيهم للعلاج النفسي وقدرت بثلاث اسابيع وكانت مدة الجلسة ٤٥ دقيقة بواقع مرة اسبوعيا .

وفـــي أثـــناء الجلسات النفسية تم اخذ ثلاث عينات من الدم لتحليل نسبة الجلوكوز بالدم أي بواقع مرة أسبوعيا ثم هناك قياس وقراءة رابعة نهائية ومقارنتها بالقراءات السابقة بما فيها القراءة الأولية لكل مريض وقد استنتج الباحث ان هناك تحسنا ملحوظا في سيطرة المرضي علي مستوي الجلوكوز في الدم أثناء تلقيه العلاج النفسي وكذا بعد اخر جلسة من العلاج المقدم. وعليه فتوصي الدراســـة بضـــرورة توفر أخصائي نفسي طبي حتي يتمكن من تقديم خبراته السيكولوجية لهؤلاء المرضي سواء في الأقسام الداخلية او العيادات الخارجية

.(٣٧: ١١٨)

دراســـة MILTON والتي نشرت في عام ١٩٨٩ تحت عنوان العلاج النفسي القصير المختصر لمرضي المصابين بالسكري.

١-عيـــنة تجريـــبة يعانوا من مرضي السكري منذ ما يقرب من ٨ سنوات قوامها ١٨ مريضا في سن يتراوح ما بين ٣٣-٥٩ سنة .

٢-عيـــنة ضابطة عن يعانون من مرضي السكري منذ ما يقرب من ٨ سنوات قوامها ١٤ مريضا في سن يتراوح ما بين ٣٦-٤٨ سنة العينة الاولي قدم لها العلاج النفسي المختصر بالاضافة الي العـــلاج الدوائي وكذلك العلاج الدوائي قدم للمجموعة الضابط دون ان يقدم أي اسلوب من اساليب العلاج النفسي وقد اسفرت نتائج التجربة عن

١-تحســن فـــي مقـــدار نســبة السكر بالدم لدي افراد المجموعة الضابطة مقارنة بتحسن افراد المجموعة الضابطة .

٢-الـــبحث فـــي المـــزيد من الادوات السيكولوجية لمساعدة مرضي السكر وعموم الاضطرابات السيكوسوماتية .

(٣٢: ١١١)

دراسة Hendrich والتي نشرت عام ١٩٨٤ تحت عنوان الطب السلوكي منحني لمرضي الســكر حيــث استعرض الباحث في هذه الدراسة التي نشرها في كتاب الطب السلوكي المنحني النفســي الاجتماعي البيولوجي ، البيئة والصحة فقد قدم الباحث في دراسته هذه تصنيفات مرضي الســكر ، علم الفسيولوجي المرضي والسكر ، الرعاية الصحية ، الاعتبارات النفسية الاجتماعية لمرضـــي الســكر ، الـــتوتر وعلاقته بالسكري ، الاضطرابت النفسية المصاحبة لمرضي السكر العـــلاج المعـــتمد عـــلي الاسترخاء والعائد الحيوي ، الارشاد النفسي سمات الشخصية المرتبطة بالســــكري . مفـــاهيم عـــن الطـــب الســـلوكي وعـــلم الـــنفس الصـــحة وعلم النفس الطبي .(٨٨ : ٦١).

دراسة SURWIT التي نشرت في عام ١٩٨٤ و هي بعنوان السلوك و السكر و فيها يتناول الباحث في هذه الدراسة النظرية الموضوعات الآتية :

١- الطب السلوكي كتدخل لمساعدة مريض السكر و ذلك عن طريقين .

أ- العلاج السلوكي المعتمد على الاسترخاء .

ب- العلاج السلوكي المعرفي.

٢- عـلم الـنفس الصـحة و السـلوك المرضي حيث قدرت الأوساط الطبية عدد المرضى المصـابين السـكري في الولايات المتحدة الأمريكية بـ ١٨ مليون مريض كما يعتبر مرض السكر من الاضطرابات المزمنة في المجتمع الامريكي .

ويعتبر الباحث ان مهمة علم النفس الصحة تنحصر في الاتي :-

١- الوقاية من الاصابة بالاضطرابات قبيل بدايتها.

٢- الارشاد والعلاج في مستهل الاصابة بالمرض .

٣- العلاج عن طريق التدخلات النفسية والاساليب السلوكية(١٣٢ :٤٧).

تعليق عام على الدراسات السابقة :

بعــد عرض الدراسات السابقة التى تناولت موضوع أثر العلاج السلوكى في علاج الاضطرابات المصـــاحبة لمرض السكر في ضوء بعض المتغيرات الشخصية يتضح لنا أهمية تناول هذا الموضوع بالبحث والدراسة خاصة ان كل الدراسات التي تناولت الموضوع من هذه الزاويا كـــانت دراسات أجنبية مما يعد مؤشر لنقص المكتبة والتراث العلمي العربي في تناوله هذا الموضوع ـــ هذا ولا شك لما لموضوع علاقة السكر بالاضطراب النفسي على الصعدين ، الصـــعيد الطبي والصعيد السيكولوجي ومما يؤثر كذلك على أساليب مواجهة هذه الفئة من المرضـــى لحيـــاتهم اليوميـــة وأشـــكال الـــتوافق النفسي عموماً بأبعاده الصحية والمهنية والاجتماعية الانفعالية .

أولاً : <u>تعـــليق على الدراسات التي اهتمت بالاضطرابات الانفعالية والنفسية المصاحبة لمرضى السكر في ضوء بعض المتغيرات الشخصية</u> :

اهـــتمت دراسات عديدة بهذا المحور من حيث تشخيـــــص الاضطرابات المسببة لمرض الســــــــــكر ســـواء (كعوامل مصاحبة أو مترتبة أو مسببة أو مساعدة للإصابة بمرض الســـكر) وقـــد استطاعت دراسات ان تثبت وجود عوامل أو اضطرابات نفسية مصاحبة لمــــرض السكر ولم تستطيع البقية إثبات ذلك او كانت الفروق ليست جوهرية حيث أوضح Taltersall-R (١٩٨١) وهـــو طـــبيب أمراض نفسية المظاهر والأعراض الطب نفسية المصـــاحبة لمرض السكر وكشفت دراستة عن أن مرضاه يعانون من القلق والاكتئاب كما أوصــــت كذلك بضرورة مشاركة الأطباء والمعالجين النفسيين في تشخيص الاضطرابات النفسية المصاحبة للسكر مع تحليل وعلاج هذه المظاهر وتلك الاعراض في مراحل لاحقة) ومن جهة الأسباب المؤدية للاصابة بالسكري أيدت دراسة Wikinson .D.G (١٩٨١) أن هناك بعضا من العوامل السيكولوجية بامكانها تسبب أو على أقل تقدير تقوم كدور مساعد.

فـــي الاصابة بمرض السكر وأوصت الدراسة بضرورة توفر اخصائي طب سلوكي يعمل في قسم اضطراب الغدد والسكر في المستشفيات الجامعية والتعليمية .

كما أوصت الدراسة كذلك بضرورة فحص القدرات العقلية كالانتباه والتذكر من وقت لأخر لهؤلاء المرضي لتشخيص الاضطرابات المعرفية المؤدية للاصابات المخية بشكل دقيق وسريع .

وكـــان للاختـــبارات والاســـتخبارات النفســـية دور هام وبارز للوقوف على هذه العوامل النفسية وتقســـيمها وتشخيصـــها . مـــنها دراســـة Naliboff.G (١٩٨٢) التى حاولت تشخيص الاضطرابات النفسية المصاحبة للسكر عن طريق بطارية منسيوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPI والـــتي رصدت عدداً من المصاحبات النفسية كالقلق والاكتئاب والاعياء المرضي والهســـتريا وأوصت الدراسة بضرورة فحص المرضى المصابين بالسكري كل سنة تقريباً سواء كان الفحص في جانب العوامل الانفعالية او القدرات العقلية او السلوكية.

ويرجع الاطباء النفسيين للاهتمام بموضوع السكر وعلاقته بالمظاهـــــــر والاغراض السيكاتيرية (الطـــب النفسي) في عام (١٩٨٤) على يد SURRIDAGE والتي من خلالها استطاع الـــباحث بـــالادوات النفســـية عن طريق الاخصائيين النفسيين الاكلينكيين ان يشخص هذه الاضـــطرابات وان يقـــدم لهم العلاج المناسب سواء كان تدخل سلوكى او سيكاتيري عن طريق الادوية المضادة للقلق والاكتئاب .

كمـــا لا ننسي الدراسات ذات الابعاد الاجتماعية النفسية كدراسة Alba-perez في عام (١٩٨٥) والتي خلصت ان مرضى السكري يعانون من الوسواس القهري والفصام والقلق والهستريا فـــي ظل بعض المتغيرات الاجتماعية كانخفاض المستوي الاقتصادي والاجتماعي والثقافي وعلاقته بظهور مثل هذه الاضطرابات النفسية المصاحبة للسكر وعلى نفس المنوال دراسة Peyrot-Mark في عام (١٩٨٥) ودراسة PoloNsky عام (١٩٩٠) .

والدراســـة التى حاولت تقيم العصابية لمريض السكري هي دراسة schaumbung في عام ١٩٨٨ واســـتعان الباحث هنا بمقاس العصابية من استخبار ايزنك للشخصية E.P.Q. وخلص الى ارتفاع العصابية عند مرضى السكري .

وعلى نفس المنوال نسحبت دراسة Gilbert عام (١٩٩١) أهدافها وعنوانها الذي مفاده العلاقات الـــنفس فســـيولوجية للعصابية والانبساطية والذهابية من خلال قيام المريض بأنشطة ذات

طبيعة خاملة أو نشطة وخلصت التجربة الى انه كلما زادت معدلات العصابية والانبساطية انخفضت معدلات التحكم في ضربات القلب وبالتالي زادت امكانية القلق النفسي .

ومن الدراسات التي تناولت خصائص وتنظيم الجلوكوز بالدم هي دراسة Lust man,E عام (١٩٩٢) وهي مثل حى للدراسات التي حاولت مباشرة الربط بين الشخصية ومستوي الجلوكوز بالدم وانتهت الدراسة الى ان الدرجات المرتفعة تتبئ بتحكم منخفض لمستوي السكرفي الدم .

وعلى نفس الشاكلة هناك دراسة Liakapoulou في عام (١٩٩٢) وان اختلفت الموضوع حيث ضم خصائص الشخصية والعوامل البيئية ومستوى التحكم في جلوكوز الدم .

ومن زاوية العمل وطبيعة المهنة انتهت دراسة Anderson,k عام (١٩٩٥) التي تناولت علاقة العمل بالاصابة بالسكري الا ان اصحاب الاعمال ذات الطبيعة النظرية الفكرية التحليلية اكثر إصابة او عرضة للاصابة من أصحاب الاعمال ذات الطبيعة العملية الحركية .

ودراسات عديدة تناولت خصائص الشخصية عند مريض السكري

كدراسة Mc Cradly عام ١٩٩٩ ودراسة Orlandini عام ١٩٧٧

ودراسة Bsick man,A عام ١٩٩٦ ودراسة Lu-ning عام ١٩٩٥

ثانياً : تعليق على الدراسات

الــتي اهتمت بالاضطرابات الانفعالية وعلاجها عن طريق العلاج السلوكي والنفسي واثر العلاج السلوكي والنفسي – واثر العلاج السلوكي على خفض مستوى الجلوكوز بالدم .

فقد تناولت دراسة Hendrick (١٩٨٤) اسهامات الطب النفسي لعلاج المترتبات أو الصاحبات السيكولوجية لمرضي السكري ، وهي من الدراسات النظرية التي اوصت بضرورة تضمين مفــاهيم عــلم الــنفس الصحة والطب السلوكي وعلم النفس الطبي لدراسات السكر والغدد الصماء عموماً .

ولعل دراسة Milton عام (١٩٨٩) أول دراسة تناولت أثر العلاج النفسي على مرضى مصابين بالســكري وانتهيت الدراسة الى نجاح أسلوب العلاج النفسي المختصر في تحسين نسبة الجلوكوز في الدم هذا من ناحية وتخفيض نسبة الاكتئاب والقلق من ناحية أخري .

ودراســة Board عــام (١٩٩٣) الــتي حاولت تقيم دور العلاج السلوكي القائم على حسن إدارة المــريض لمشكلة السكر لدية مع خفض نسبة الجلوكوز بالدم والتي انتهت الى ان العلاج السلوكي اسهم مباشرة في خفض نسبة الجلوكوز بالدم مع اعتبار العلاج الدوائي كأساس للمعالجة .

ودراســة Boehm عــام (١٩٩٥) التى تناولت أثر التحليل السلوكي اليومي وامكانية خفض نسبة الجــلوكوز وقــد خلصــت الدراسة الى امكانية خفض نسبة الجلوكوز باستخدام أسلوب التحــليل السلوكي اليومي لمواجهة المشقة والتعامل معها بكل جرأة . وهناك من استخدم اسلوب الاسترخاء لخفض نسبة الجلوكوز وهي دراسة janeعام (١٩٩٣) وذلك باستخدام الاســترخاء التصــاعدي وانتهت الدراسة الى امكانية استخدام هذا الاسلوب لخفض نسبة الجلوكوز وبالتالي كأسلوب علاجي لمساعدة المرضى بالاضافة للعلاج الدوائي الموصوف من قبل الطبيب المعالج .

كما ان هناك دراسة نظرية عام ١٩٨٤ على يد Hendrick التي حاولت الربط بين الطب السلوكي والاضطراب الغدى (السكر) تلك الدراسة التي تناولت موضوعات مثل (علم الفسيولوجيا

المرضـــى والسكر ــ والرعاية الصحية والاعتبارات النفس اجتماعية لمرضى السكر ــ الاســترخاء والعائد الحيوي لعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر واخيراً الارشـــاد النفســي للتقليل من مشاعر الخوف والمشاعر السلبية عموماً) وهي ان كانت من الدراســات النظرية الا انها تعد مرجعاً لكثير من الدراسات التجريبية التي تمت بعد ذلك . وعلى نفس المنوال دراسة surwit في نفس العام والتي كانت تحت عنوان السلوك والسكر والمتضمنة موضوعي الطب السلوكي وعلم النفس الصحة .

وتخلص دراسة peses chkian والتي نشرت ١٩٩٠ الى ان العلاج النفسي المختصر يفيد مرضى السكري في التقليل من نسب الجلوكوز لديهم .

وبـنفس الأســلوب بعــد عام استطاع vinamaeki أن يعالج مرضاه من السكري باستخدام العلاج النفســي للتقليل من المشاعر السلبية كالخوف والحقد والغضب والكراهية ومن ثم استطاع بعد ذلك التقليل من نسب الجلوكوز لديهم .

الا أن هــناك مجموعــة اخري من الابحاث تناولت أثر التدخلات النتفسية والعلاجات السلوكية لعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرضـــى السكري ، منها دراسة Bradely عام (١٩٩٤) والــتي انــتهت الى تمكــن المرضـــى من قياس ورصد النتائج السيكولوجية بواسطتهم عن طريق المراقبة والتعامل بشكل جيد مع المشقة وفي النهاية نجح الباحث في علاج الاضطرابات السيكوماتية عند هؤلاء المرضى .

وهناك دراسة okadaعام (١٩٩٥) التي تناولت العلاجات النفسية المعتمدة على الارشاد النفسي والعـــلاج السلوكي والعلاج بالعقاقير المضادة للاضطرابات النفسية وخلصت التجربة الى ان افضل العلاجات لعلاج القلق كان كالتالي :

العلاج السلوكي ــ العلاج بالعقاقير ــ الارشاد النفسي

وعليــنا تنكــر دراســة cleveland عام (١٩٩٦) كنموذج مثالي للدراسات التي حاولت علاج المصـــاحبات النفســية للاصـــابة بالسكري والتي خلص منها الباحث الى أن القلق النفسي انخفــض لــدى المجموعة التجريبية وبمعدلات كبيرة بعد استخدام الاسلوب الامثل للتدخل النفسي .

وبالمثل دراسة zettler عام (١٩٩٦) لعلاج الخوف عند مرضى السكري حيث استطاع الباحث علاج الخوف جماعياً عن طريق العلاج الجمعي فكون مجموعات مرضية صغيرة العدد نسبياً كانت المجموعة المرضية الواحدة تتراوح من ٥-٧ أفراد .

وفي عام ١٩٩٧ استطاع الباحث Bruce في ان يقدم العلاج السلوكى المعرفي لخفض المشقة عند مرضى السكري واستخدام أسلوبين .

احدهما سلوكى (الاسترخاء) والاخر معرفي (المواجهة)
وفي عام (١٩٩٨) استطاع trobe أن يقدم التدخلات المعرفية السلوكية لعلاج المصاحبات النفسية كالقلق والاكتئاب عند مرضى السكري وقد ضمت المجموعات المرضية مرضي مصابين بالربو وأخرين مصابين بالسرطان وهي كلها من الاضطرابات النفس جسمية .

وأخيراً هناك دراسة David في عام (١٩٩٩) التي اثبت من خلالها ان التوجه السلوكى متعدد المحاور (العلاج السلوكى المعتمد على الاسترخاء والتحليل السلوكى للأنشطة اليومية) أن يتحكم المرضى في انفعالاتهم الضارة كالحنق والغضب والكراهية .

الفصل الرابع

****

إجراءات الدراسة

1. فروض الدراسة
2. عينة الدراسة
3. إجراءات الدراسة
4. أدوات الدراسة

فروض البحث

وفقـا للإطار الـنظري والـذي احتوىعـلي موضـوعات العـلاج السلوكي وفنياته كالاسترخاء والعائد الحيوي، والإطار النظري للاضطرابات الفسيولوجية ووفقا لفرض الدراسات السابقة يمكن صياغة فروض البحث كالتالى:

١- توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات مرضي السكر والمجموعة الضابطة من الأسوياء علي مقياس العصابية.

٢- توجـد فـروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مرضى السكر و المجموعة الضابطة من الاسوياء على مقياس الانبساطية .

٣- توجـد فـروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مرضى السكر و المجموعة الضابطة من الاسوياء على مقياس الذهانية .

٤- توجـد فـروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مرضى السكر و المجموعة الضابطة من الاسوياء على مقياس الكذب .

٥- توجـد فـروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مرضي السكر والمجموعة الضابطة من الأسوياء علي مقياس حالة القلق .

٦- توجـد فـروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مرضي السكر والمجموعة الضابطة من الأسوياء علي مقياس سمة القلق .

٧- توجـد فـروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مرضي السكر والمجموعة الضابطة من الأسوياء علي مقياس حالة الاكتئاب.

٨- توجـد فـروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات مرضي السكر والمجموعة الضابطة من الأسوياء علي مقياس سمة الاكتئاب.

٩- توجـد فـروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات مرضي السكر من غير المجموعة التجريبية و متوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية فى مقياس العصابية.

١٠- توجـد فـروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات مرضي السكر من غير المجموعة التجريبة و متوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية فى مقياس حالة القلق.

١١- توجـد فـروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات مرضي السكر من غير المجموعة التجريبية و متوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية فى مقياسة سمة القلق .

١٢- توجـد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات مرضي السكر من غير المجموعة التجريبية و متوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية فى مقياس الاكتئاب D .

١٣- توجـد فـروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مرضى السكر من غير المجموعة التجريبية و متوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية فى مقياس حالة الاكتئاب.

١٤- توجـد فـروق دالـــة احصائياً بين متوسط درجات مرضى السكر من غير المجموعة التحريبية ومتوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية فى مقياس نسبة الجلوكوز بالدم .

عينة الدراسة

وجد الباحث انه من الأفضل والأنسب البدء بتطبيق الدراسة الحالية علي عينة استطلاعية من مرضي السكري والأسوياء بقصد تحديد ملائمة ومدي صلاحية هذه الأدوات للتطبيق ومن ثم التيقن من صحة النتائج المبنية عليها واستكشاف معوقات الموقف التطبيقي .

أ- عينة الدراسة الاستطلاعية :-

تكونت تلك العينة من :-

-(٨) حـالات مصابين بمرض السكر ممن يتراوح عمرهم بين ٣٧-٤٢ سنة وذلك بمتوسط عمر ٣٨,٩ وانحراف معياري٢,٠٦.

- (٨) أفراد من الأسوياء ممن لا يعانون من مرض السكر ولا أي مرض آخر ،ممن يتراوح بين ٤١-٤٦ عاما وذلك بمتوسط عمر ٤٤,٣ وانحراف معياري٤,٨ .

طرق التطبيق

قـام الـباحث الحـالي بتطبيق أدوات الدراسة علي العينة الاستطلاعية تطبيقا فرديا . وقد استطاع الباحث تطبيق هذه الأدوات من هذه التجمعات .

١-مـن المـستمردين علي عيادة السكر وأمراض الغدد الصماء الخارجية (بمستشفي عين شمس الجامعى) .

٢-من الموظفين العاملين بالمستشفي .

ب:- عينة الدراسة الأساسية

تكونت عينة الدراسة من (٥٢) مريض مصاب بالسكر من المترددين علي العيادة الخارجية (بمستشفي عين شمس الجامعي) وهي العينة التجريبية .

وفي المقابل هناك عينة مكونة من (٥٢) فردا من موظفي وموظفات العاملين بنفس المستشفي وقد استبعد الباحث من العينة الكلية كل ما لا ينطبق علية شروط البحث والدراسة وابقي فقط علي من تنطبق عليهم شروط البحث .

جدول رقم (٥) يوضح توزيع أفراد عينة مرضى السكر على متغير الجنس :

متغير الجنس / المجموعة	الذكور		الإناث		المجموع	النسبة المئوية
	العدد	%	العدد	%		
المجموعة التجريبية	٣٦	%٦٠	٢٤	%٤٠	٦٠	%١٠٠

بالـــتدقيق فـــي الجدول السابق يتضح ان الذكور وعددهم ٣٦ مريضا مثلوا نسبة ٦٠ % من حجم العينة في مقابل الإناث البالغ عددهن ٢٤ مريضة مثلوا نسبة ٤٠ % من حجم العينة .

جدول رقم (٦) يوضح توزيع أفراد عينة مرضى السكر على المستوى التعليمي :

المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية
يقرأ ويكتب	٨	%١٣,٣
المستوى الابتدائي	٩	%١٥
المستوى الإعدادي	١٢	%٢٠
المستوى الثانوي	٢١	%٣٥
المستوى الجامعي	١٠	%١٦,٧
المجموع	٦٠	%١٠٠

يتضح من خلال استعراض الجدول السابق ان أعلى نسبة مئوية وهي ٣٥% وهنا تكون المستوى التعليم الثانوية - وان أدنى نسبة مئوية وهي ١٣,٣% وهنا تكون المستوى الذي يقرأ ويكتب .

جدول رقم (٧) يوضح توزيع عينة مرضى نمط السكر على متغير المسكن :

عدد الحجرات / المجموعة	حجرتين		ثلاث حجر		أربعة حجر		اكثر من ٤ حجرات		المجموع	النسبة المئوية
	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%		
التجريبية	٦	%١٠	٣٥	%٥٨,٣	١٥	%٢٥	٤	%٦,٧	٦٠	%١٠٠

بالـــنظر الى الجدول السابق يتضح ان أعلى نسبة مئوية وهي ٥٨,٣ % وتمثل عدد ثلاث حجرات وان أدنى نسبة مئوية وهي ٦,٧ % وتمثل عدد اكثر من أربعة حجرات .

عينة المجموعة الضابطة : (غير المرضى)

١- مجال اختبار العينة

تم اختبار عينة المجموعة الضابطة لهذا البحث من موظفي وموظفات العاملين بمستشفى عين شمس الجامعي في الأقسام الإدارية .

٢- أسلوب انتقاء العينة

تم اختيار العينة وفقا للأسلوب التالي

أ) الأساس الطبي : تأكد الباحث من خلال سجلات الموظفين والموظفات العاملين بالمستشفى انهم لا يعانون من مرض السكر ولا أي اضطراب جسمي او نفسي آخر .

ب) استبعد الباحث من العينة الكلية كل من لا تنطبق عليه شروط البحث والدراسة ، أبقى فقط على من تنطبق عليهم هذه الشروط .

ج)خصائص العينة : استعان الباحث باستمارة لجمع البيانات المتعلقة بالعينة ، وسنورد فيما يلي الجداول التي توضح خصائص ومميزات هذه العينة التي منها :

١- العمر
٢- الجنس
٣- المستوى التعليمي
٤- المسكن
٥- المستوى الاقتصادي
٦- الحالة الاجتماعية .

جدول رقم (١٠) يوضح توزيع أفراد عينة الأسوياء على متغير العمر

السن	العدد	النسبة المئوية
٣٠-	١٦	٢٦,٧%
٣٥-	٨	١٣,٣%
٤٠-	١٥	٢٥%
٤٥-	٤	٦,٧%
٥٠-	٦	١٠%
٥٥-	٦	١٠%
٦٠-	٥	٨,٣%
المجموع	٦٠	١٠٠%

بالتدقيق في الجدول السابق يتضح ان أعلى نسبة مئوية هي ٢٦,٧ % وتقابل الفئة العمرية ٣٠ سنة وان أدنى نسبة مئوية هي ٨,٣ % تقابل الفئة العمرية ٦٠ سنة .

جدول رقم (١١) يوضح توزيع أفراد العينة الضابطة على متغير الجنس :

متغير الجنس / المجموعة الضابطة	الذكور		الإناث		المجموع	النسبة المئوية
	عدد	%	عدد	%		
المجموعة الضابطة	٤٠	٦٦,٧%	٢٠	٣٣,٣%	٦٠	١٠٠%

بالاطلاع على الجدول السابق يتضح ان نسبة الذكور المئوية بلغت ٦٦,٧% في مقابل نسبة الإناث المئوية التي بلغت ٣٣,٣% .

جدول رقم (١٢) يوضح توزيع أفراد العينة الضابطة على متغير المستوى الثقافي (التعليم)

مستوى التعليم / المجموعة الضابطة	يقرأ ويكتب		الابتدائي		الإعدادي		الثانوي		الجامعي		المجموع	النسبة المئوية
	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%		
المجموعة الضابطة	١	%١,٧	٦	%١٠	٢٥	%٤١,٧	٢٢	%٣٦,٧	٦	%١٠	٦٠	%١٠٠

بالـــنظر في الجدول السابق يمكن استنباط الآتي : أعلى نسبة مئوية هي ٤١,٧% يقابلها فئة التعليم الإعدادي أدنى نسبة مئوية هي ١,٧ % يقابلها فئة الذي يقرأ ويكتب .

جدول (١٣) يوزع أفراد العينة الضابطة على متغير الأجر والدخل

الدخـــــل / المجموعة الضابطة	١٥٠ج فأقل		٢٥٠ جنيه		٣٥٠ جنيه		٤٥٠ج فأكثر		المجموع	النســبة المئوية
	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%		
المجموعة الضابطة	١٠	%١٦,٧	٢٥	%٤١,٧	١٥	%٢٥	١٠	%١٦,٦	٦٠	%١٠٠

بالـــنظر الى الجــدول السابق يتضح ان أعلى نسبة مئوية كانت ٤١,٧ % وتمثل حجم اجر ودخل مقداره ٢٥٠ جنيه في مقابل أدنى نسبة مئوية كانت ١٦,٧ % وتمثل حجم اجر ودخل مقداره ١٥٠ جنية فأقل و ٤٥٠ فأكثر.

جدول (١٤) يوضح توزيع أفراد العينة الضابطة على متغير المسكن :

عدد الحجرات / المجموعة	حجرتين		ثـــــلاث حجرات		أربع حجرات		٤حجـــرات فاكثر		المجموع	النســـبة المئوية
	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%		
المجموعـــــة الضابطة	٨	%١٣,٣	١٥	%٢٥	٢٨	%٤٦,٧	٩	%١٥	٦٠	%١٠٠

جدول رقم (١٢) يوضح توزيع أفراد العينة الضابطة على متغير المستوى الثقافي (التعليم)

مستوى التعليم / المجموعة الضابطة	يقرأ ويكتب		الابتدائي		الإعدادي		الثانوي		الجامعي		المجموع	النسبة المئوية
	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%		
المجموعة الضابطة	١	%١,٧	٦	%١٠	٢٥	%٤١,٧	٢٢	%٣٦,٧	٦	%١٠	٦٠	%١٠٠

بالـــنظر في الجدول السابق يمكن استنباط الآتي : أعلى نسبة مئوية هي ٤١,٧% يقابلها فئة التعليم الإعدادي أدنى نسبة مئوية هي ١,٧ % يقابلها فئة الذي يقرأ ويكتب .

جدول (١٣) يوزع أفراد العينة الضابطة على متغير الأجر والدخل

الدخل / المجموعة الضابطة	١٥٠ج فأقل		٢٥٠ جنيه		٣٥٠ جنيه		٤٥٠ج فأكثر		المجموع	النسبة المئوية
	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%		
المجموعة الضابطة	١٠	%١٦,٧	٢٥	%٤١,٧	١٥	%٢٥	١٠	%١٦,٦	٦٠	%١٠٠

بالـــنظر الى الجـــدول السابق يتضح ان أعلى نسبة مئوية كانت ٤١,٧ % وتمثل حجم اجر ودخل مقداره ٢٥٠ جنيه في مقابل أدنى نسبة مئوية كانت ١٦,٧ % وتمثل حجم اجر ودخل مقداره ١٥٠ جنية فأقل و ٤٥٠ فأكثر.

جدول (١٤) يوضح توزيع أفراد العينة الضابطة على متغير المسكن :

عدد الحجرات / المجموعة	حجرتين		ثلاث حجرات		أربع حجرات		٤حجرات فاكثر		المجموع	النسبة المئوية
	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%		
المجموعة الضابطة	٨	%١٣,٣	١٥	%٢٥	٢٨	%٤٦,٧	٩	%١٥	٦٠	%١٠٠

بالـــنظر فـــي الجدول السابق يتضح ان أعلى نسبة مئوية كانت ٤٦,٧ % والتي تمثل القانطين في ســـكن مؤلـــف من أربعة حجرات بينما أدنى نسبة مئوية كانت ١٣,٣% والتي تمثل القانطين في سكن مؤلف من حجرتين .

جدول (١٥) يوضح توزيع أفراد العينة الضابطة على متغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية / المجموعة الضابطة	متزوج		أرمل		مطلق		أعزب		المجموع	النسبة المئوية
	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%		
المجموعة الضابطة	٢٩	%٤٨,٣	١٤	%٢٣,٣	٤	%٦,٧	١٣	%٢١,٧	٦٠	%١٠٠

بالنظر في الجدول السابق يتضح ان أتعلى نسبة مئوية كانت ٤٨,٣ % والتي تمثل فئة المتزوجين والمتزوجات - في حين ان أدنى نسبة مئوية كانت ٦,٧% والتي تمثل فئة المطلقين والمطلقات .

إجراءات الدراسة

* * *

قام الباحث بتطبيق أدوات البحث التي انقسمت الى قسمين :

<u>الأول</u> : مقاييس هدفت الى تحديد الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر .
<u>الـثاني</u>: الأدوات التدخـلية (العلاجيــة)المساعدة لمرضى السكر في احتواء هذه الاضطرابات المصاحبة لمرضهم.

وتــم تقديــم الأدوات القياسية لكلا المجموعتين ، المجموعة التجريبية من مرضى السكر ، والمجموعة الضابطة من الأسوياء .

أمـــا الأدوات التدخـلية العلاجيـــة فقد تعرض لها أفراد المجموعة التجريبية فقط . وقد تم تطبيق الأدوات القياسية والتدخلية بطريقة فردية .

وتـــم التطـــبيق فـــي ضـــوء تعليمات كل مقياس كما هو موضح بكراسة التعليمات وقد تم تقديم الاختبارات النفسية بهذا التسلسل لكلا المجموعتين على النحو التالي :

١- استخبار ايزنك للشخصية
٢- مقياس اكتئاب الحالة بيك
٣- استفتاء الذات[1] الصورة (س – ١) قلق الحالة .
٤- استفتاء الذات الصورة (س– ٢) قلق السمة .
٥- مقياس الاكتئاب

واخيـــراً تم تعريض أفراد المجموعة التجريبية لأسلوب الاسترخاء والعائد الحيوي ومقياس نسبة الجلوكوز بالدم .

هذا وقد استغرق تطبيق الاختبارات النفسية ساعة ونصف الساعة في المتوسط وذلك تبعا لظروف المفحوص وسرعته أو بطئه في الأداء على المقاييس .

هذا فيما يتعلق بالجانب القياسي التشخيصي للوقوف على الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر – أما فيما يتعلق بالجانب التدخلي العلاجي فكان على النحو التالي :

١- الأدوات والأساليب العلاجية اشتملت على :

أ – تدريبات الاسترخاء

ب – العائد الحيوي

ج – جهاز قياس نسبة الجلوكوز بالدم .

٢- هذه الأدوات تعرض لها أفراد المجموعة التجريبية ن١ = ٣٠ مريضاً

٣- قننت جلسة الاسترخاء بمساعدة جهاز العائد الحيوي بثلاثين (٣٠) دقيقة .

٤- استعان الباحث بأسلوب JACOBSONللاسترخاء

٥- يحتاج التدريب على الاسترخاء الى :

ا) مكان هادئ مناسب وحجرة بها كل مستلزمات الاسترخاء

ب) كرسي للاسترخاء .

استخدم الباحث كرسي الاسترخاء بعد تدريب المفحوصين على الاسترخاء بممارسة التدريبات المعروفة باسم جاكوبسون للتأكد من ان المفحوص قد وصل الى مستوى عميق من الاسترخاء وهذا الكرسي يتميز بالآتي :

١. القوة الكهربية ١١٠ – ١٢٠ فولت .
٢. السرعة العادية ٥٠٠ هيرتز كحد أقصى في زمن قدره ٢٣ دقيقة .
٣. أقصى سرعة ٥٠ هيرتزكحد أقصى في مدى زمني قدره ٣٣ ثانية .
٤. المدى الطولي الذي يرتفع وينخفض فيه ٤٧ سم
٥. أبعاده ٦٦,٥ سم ارتفاعه × ٦٩ سم عرض × ١١٦ سم طول

٦. الوزن ٢٤ ك جرام

٦- استعان الباحث بجهاز العائد الحيوي المتعارف عليه باسم Frontal EMG

صمم هذا الجهاز لقياس التوتر العضلي للقياسات الدقيقة للنشاط الكهربائي للعضلات المتوترة .

ويستخدم هذا الجهاز في العديد من التطبيقات الإكلينيكية الآتية :

ا) الشلل الهستيري نتيجة صدمات نفسية .

ب) علاج لوازم عصبية .

ج) علاج أنواع الصداع المختلفة.

د) كما يستخدم في تكنيك الاسترخاء أو التسكين المنظم .

ويعتمد جهاز EMG في علاج الأمراض السابقة على الدور الهام والأساسي الذي يلعبه في مجال تدريبات الاسترخاء حيث انه يمد المفحوص بتغذية رجعية عن مدى توتره العضلي بالصوت والصـــورة ثم مساعدته من خلال الجهاز على الاسترخاء والتحكم في التوتر بخفضه تدريجيا ومن خلال التدريبات المستمرة يصل المفحوص الى حالة عميقة من الاسترخاء يتمكن بعد وصوله الى الحالـــة العميقـــة مـــن الاسترخاء من التحكم المطلوب (خفض مستوى التوتر) ويلتقط الذبذبات الكهـــربائية الدالـــة عـــلى مستوى التوتر بالعضلة المراد قياس مستوى توترها عن طريق أقطاب كهربائية توضع على العضلة المراد قياسها وقياس توترها .

والجهاز يتكون من الأجزاء التالية

1- Electro myographic EMG120 ,

- يزن الجهاز ٤,٥ ك جرام
- أبعاده = ٥٠٠ طول × ٣٣٠ عرض × ١٠٠ مليمتر ارتفاع
- مدى المقاييس = صفر ، ٣ ، ١٠ ، ٣٠ ، ١٠٠ ، ٣٠٠ ، ١٠٠٠
- قوة التشغيل = ٢٤٠ فولت ٥٠ هيرتز
- مدى الترددات المرتفع = ١٠ ، ١٠٠ هيرتز
- مدى الترددات المنخفض = ٢٠٠ ، ١٠٠٠ هيرتز

٢- Digital intergrator DI 120

- أبعاده ٥٠٠ طول × ٣٣٠ عرض × ٦٠ مللي ارتفاع
- يزن ٣ ك جرام

٣- Light Bar LB 120

- قوة التشغيل ٢٤٠ فولت – ٥٠ هيرتز
- أبعاده = ٥٠٠ طول × ٣٣٠ عرض × ٧٠ مللي ارتفاع
- يزن ٣,٥ ك جرام

٧ -جهاز قياس نسبة الجلوكوز بالدم

يتكون هذا الجهاز من هذه الأجهزة :

١ – شاشة العرض مع ميكانيكية التشغيل .

- قوة التشغيل ٣,٥ فولت بواسطة بطاريات
- الأبعاد ١٣ سم طول × ٧ سم عرض × ٢ سم ارتفاع

٢ -المحقن المدبب للحصول على عينة الدم

- الطول ١٠ سم × ١,٥ سم قطر

٣ – علبة الشرائط الخاصة بالعرض .

و فـي الـبداية يـتم تدريـب وتعليم المريض تمرينات الاسترخاء ويتطلب الأمر أن تكون هذه التدريـبات مدتهـا نصـف سـاعة ولمدة تراوحت من ٨ –١٠ جلسات تبعاً لمقدرة وامكانية كل مفحوص في تعلم هذه التدريبات .

بعد إتقان المفحوص لتدريبات الاسترخاء انه يتم تعريض المريض لجهاز العائد الحيوي للتثبت من مقـدار الاسـترخاء وذلك باستخدام معينات بصرية وسمعية مكبرة تساعد المفحوص علي إحداث مـزيد من الاسترخاء وإحلاله مكان التوتر والقلق والشد في العضلات ولا سيما عضلات الرقبة والساعدين والأكتاف .

وقـد أستمر هذا الإجراء العلاج بالعائد الحيوي لمدة من ٦–٧ جلسات ولمدة نصف ساعة في كل مرة – علما بأن العلاج بالاسترخاء والعائد الحيوي قد تم بطريقة فردية .

أدوات الدراسة

• • •

١- مقياس استخبار أيزنك للشخصية

EYSENCK PERSONALITY QUESTIONNIRE (E.P.Q)

قام بإعداد الصيغة العربية للمقياس احمد عبد الخالق،وقد ترجمت إلى العربية بنود استخبار أيزنك للشخصية (وكان عددها ١٠١)ترجمات عديدة استفاد منها واعتمد عليها أحمد عبد الخالق و قام بتحسينها ، وخضعت الصيغة العربية المبكرة لعدد غير قليل من المراجعات المستفيضة من قبل عبد الخالق فضلا عن عدد من المتخصصين في كل من علم النفس وأساتذة اللغة العربية الذين يتقنون اللغتين العربية والإنجليزية ، ثم طبقت الصيغة النهائية علي ١٣٣٠ مفحوصا ، ٦٤١ ذكرا ، ٨٨٩ أنثى من المصريين وكان متوسط أعمار العينتين علي التوالي (٢٣,٤٢ -+٦,٨٤، ٢١,٦٩ + ٤,٥٥) ولا تعد هاتين العينتين عينات عشوائية ممثلة للمصريين ومع ذلك فإنها ضمت نوعيات مختلفة من الطلاب والمدرسين والممرضات والأطباء والكتبة والأخصائيين الاجتماعين وربات المنازل والمحاسبين والمهندسين والفنيين والمحامين وحللت بيانات الذكور منفصلة عن الإناث وذلك باستخدام الإحصاءات الآتية :

- معاملات ارتباط بيرسون
- التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية
- التدوير المتعامد بطريقة فار يماكس .

مع استخدام العوامل الأربعة الأولي فقط لأغراض التدوير ويتكون استخبار أيزنك للشخصية من أربعة مقاييس

١ـ العصابية

٢ـ الذهانية

٣ـ الانبساط

٤ـ الكذب

ويمثل كل بعد عددا من الأسئلة تتراوح من ١٨ ـ ٢٤ سؤال .
والإجابة علي كل بند من الاختبار لا يتطلب غير الإجابة بنعم أو بلا ويستغرق الاختبار في العادة ما بين النصف الساعة والخمسة والأربعين دقيقة .

ثبات المقياس

اعتمد حساب بثبات المقياس علي طريقتي إعادة الاختبار والتجزئة النصفية.

١ـ طـريقة إعـادة الاختبار : بفاصل زمني بين الإجرائين يتراوح ما بين ١٨ـ٢٥ يوما أو قد حسـب معامل الارتباط " بيرسون " بين نتائج التطبيقين وكان معامل الثبات بهذه الطريقة ٠,٨١ وتلك قيمة تدل علي معامل ثبات مرض يوثق به.

٢ـ طريقة التجزئة النصفية (سبيرمان وبروان) حيث حسب معامل الارتباط بين جزئي المقياس (الفردي ـ الزوجي) ، وكان معامل الثبات = ٠,٧٧ وهي قيمة مناسبة للتحقق من ثبات المقياس (٤ :٣٦).

أما في الدراسات الحالية فقد قام الباحث بإعادة حساب ثبات المقياس في الدراسة الحالية زيادة في الدقة ومراعاة لاختلاف طبيعة العينة الأساسية للدراسة الحالية عن عينات تقنين تلك المقاييس ـ وقـد تـم حسـاب معـامل الثـبات باسـتخدام معادلـة سـبيرمان ـ بروان SPEARMAN C.&BROWMW للـتجزئة النصـفية ـ وقد بلغ معامل ثبات المقياس ٠,٨٣ وهو معامل ثبات مرتفع ومقبول وذلك علي عينة مرض السكر(ن= ٣٠) .

<u>صدق المقياس</u>

اعتمد صدق المقياس علي طريقين :ـ

ـ **<u>الصدق الداخلي</u>** : علي أساس ارتباط كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية علي المقياس ـ واتضح أن كل معاملات الصدق الداخلي دالة إحصائيا بدرجة تكفي للثقة في المقياس .

الصـــدق العاملي :ـــ وذلك بحساب درجة تشبع الاختبار بهذه السمة باستخدام التحليل العاملي ، وقد أسفرت

نـــتائج التحـــليل العاملي عن استخلاص عدد من العوامل التي تعبر عن مظاهر العصابية والذهانيـــة والانبساط والكذب . واتضح أن العوامل المستخرجة من كل مقياس فرعي ترتبط فيما بينها ارتباطا قويا مرتفعا.

(٤ :٣٣)

أما في الدراسة الحالية فقد تحقق من صدق المقياس بواسطة الطريقة التالية :

ـــ الصـــدق التلازمي ـــ وذلك بإيجاد معامل الارتباط بين درجات أفراد عينة الراشدين المصابين بالســـكر علي مقياس العصابية (٢٣) بندا وبين درجاتهم علي مقياس سمة القلق المستخرجة من قائمة القلق لشبيلبرجر.

وقد بلغ معامل الارتباط بين المقياسين (ر = ٠,٧٠) وهو معامل ارتباط مرتفع .

٢ـــ قائمة حالة وسمة القلق لشبيلبرجر STAi

طورت أمنية كاظم احدث صورة من صور قائمة حالة وسمة القلق stai وهى الصورة (س) إلى الصيغة العربية واتبعت في ذلك الخطوات التالية :

أـــ نقـــلت الباحـــثة بنود مقياس قائمة حالة وسمة القلق في صورتها (س) إلى اللغة العربية وهما مقيـــاس حالـــة القلق (س ــ١) ومقياس سمة القلق (س ــ٢) وكذلك التعليمات الخاصة بهما ، وقد طبع كل مقياس علي ورقة منفصلة .

ب ـــ جرب كل من المقياسين علي ٨٠ طالبة من طالبات جامعة الكويت وذلك عينتين كل منهما أربعين فردا للاطمئنان إلى وضوح صياغة البنود والتعليمات وملاءمتها للبيئة العربية .

ج ـ أعيـدت صياغة بعض بنود المقياسين بناء علي ما أثاره موقف الإجراء حتى يزيد ذلك من وضـوح المعنى المقصود من البند في حين لم يتكلف الأمر أي تعديل في صياغة أي من تعليمات المقياسين .

د : بـلغت عيـنات التقـنية الكلية التي استخدمتها الباحثة حوالي ١٨٢٠ فردا مقسمة علي عينات مختلفة صنفت هذه العينات من حيث مراحل الدراسة (ثانوي ـ جامعي) ومن حيث الجنس (طلبة ـ طالبات) ومن حيث الجنسية (كويتي ـ غير كويتي) (٧ :١٧) .

ثبات المقياس.

حسب ثبات كل مقياس حالة القلق ـ سمة القلق staiفي صيغتها العربية بعد طرق هي :

. طريقة إعادة الاختبار . طريقة التجزئة النصفية

ففي إعادة الاختبار :

أعيـد الاختبار علي العينة بفاصل زمني مقداره ١٢ ـ١٧ يوم وحسب معامل الارتباط بيرسون بين نتائج التطبيقية ، وكان معامل الثبات بهذه الطريقة = ٠,٨٨ وتلك قيمة تعد موثوق بها .

أما التجزئة النصفية (سبيرمان وبروان) حيث حسب معامل الارتباط بين جزئي المقيـاس (الفردي ـ الزوجي) .

وكـان معـامل الثـبات بذلك =٠,٧٣ وتلك قيمة مناسبة (نوعا ما) للتحقق من صـدق المقياس (٧ :٢٢)

أما في الدراسة الحالية فقد تحقق الباحث من ثبات المقياس بهذه الطريقة .

ـ طريقة إعادة الاختبار : أعيد الاختبار علي عينة التجربة بفاصل زمني بلغ ١٤ يوما وحسب معـامل الارتباط بيرسون بين نتائج التطبيقين ، وكان معامل الثبات بهذه الطريقة = ٠,٧٢ ، وتلك قيمة يمكن الوثوق بها .

الإكلينيكية للإعراض والاتجاهات التي كانت تظهر علي المكتئبين بتكرار أكثر من ظهورها علي غير المكتئبين .

ويستخدم مقياس الاكتئاب (د) أساسا لتقييم شدة الاكتئاب ونجاحه وقد أثبت الدراسات حساسيته للتغيرات التي تصاحب محاولات العلاج الدوائي ووسائل العلاج النفسي المختلفة وعلي الرغم من أن الاختبار كان قد صمم أساسا للاستخدام مع المرضي النفسيين إلا إنه يعد مقياسا مناسبا كذلك للكشف عن الاكتئاب لدي البالغين من غير المرضي (٥٠ :١٢) .

الخصائص السيكومترية للمقياس :ـ

تم إجراء عدة دراسات لبحث العلاقة بين الدرجة علي المقياس الكلي للاكتئاب (د) والذي يتكون من ٢١ مجموعة من العبارات وبين المقياس المختصر لهذا المقياس كذلك في الدراسة الأولي تم تطبيق المقياس الكامل علي ٥٠ من الاناث متوسط عمر مقداره ٣١,٨٤ وانحراف معياري قدرة ٨,١٤ ووصل معامل الارتباط بين الدرجة الكلية علي المقياس الكامل والدرجة علي المقياس المختصر إلي ٠,٩٦ (١٢٨ :٧٥) .

تطبيق مقياس الاكتئاب وتصحيحه :

علي الرغم من أن مقياس الاكتئاب (د) قد صمم أصلا للاستخدام بواسطة اختصاصيين مدربين ، إلا إنه غالبا ما يمكن تطبيقه ذاتيا (١٨ :٢٢).

وأوضحت بعض الدراسات الأجنبية بأن مستوي القراءة المطلوبة من المفحوص حيث يتمكن من الاستجابة علي مقياس الاكتئاب (د) هو الصف الثالث الابتدائي (٤٧ : ١٩).

ويمكن إجراء مقياس الاكتئاب (د) فرديا أو علي مجموعة من الأفراد ويستغرق الإجابة علي الأسئلة فيما بين ٨ ــ ١٢ دقيقة.

وبالنسبة للتصحيح فإن المقياس يتكن من ٢١ مجموعة سن العبارات وتتراوح الدرجة علي المقياس من صفر =لا يوجد اكتئاب إلي درجة ٦٦=اكتئاب مرتفع جدا .

ثبات المقياس

استخدم معد المقياس إلي العربية طريقتين لثبات مقياس الاكتئاب (د) وهي القسمة النصفية وطريقة إعادة التطبيق .

فـــي القسمة النصفية معامل الارتباط بين الجزئين =٠,٧٧ وباستخدام معادلة سبيرمان ـــ بـــروان وصل معامل الارتباط إلي ٠,٧٨ وهو معامل دال عند مستوي ٠,٠٠١ وباستخدام طريقة إعادة التطبيق وصل معامل الثبات ٠,٧٧ وهو معامل دال عند مستوي ٠,٠٠١ (١٨ :٥٦).

وفـــي الدراسة الحالية أعتمد الباحث للتحقق من المقياس علي طريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني بيـــن الإجـــرائين تـــراوح ما بين ١٤ ـــ ١٦ يوما وقد حسب معامل الارتباط بيرسون بين نتائج التطبيقين وكان معامل الثبات بهذه الطريقة ٠,٧٩ وتلك قيمة تدل علي معامل يوثق به .

صدق المقياس

استخدمت طريقة الصدق التلازمي في دراسة صدق مقياس الاكتئاب (د) في البيئة العربية فقد تم إيجـــاد معامل الارتباط بين مقياس الاكتئاب ومقياس الاكتئاب في مقياس الشخصية متعددة الاوجة MMpi ووصـــل معـــامل الارتـــباط علي المقيـــــاس = ٠,٦٠ وهو معامـــل دال عند مستوي ٠,٠٠١ (١٨ :٢٥) .

أما في الدراسة الحالية فقد أعتمد الباحث للتحقق من صدق المقياس علي طريقة الصدق التلازمي ـــ وذلك بين المقياس محل الدراسة ومقياس الاكتئاب في مقياس الشخصية متعددة الأوجه MMPI وقد وصل معامل الارتباط علي المقياس حوالي ٠,٧٣ وهو معامل مرتفع ومقبول .

الفصل الخامس

***

مناقشة نتائج الدراسة

١-تفسير الفروض و التحقق منها ومناقشة نتائج الدراسة

٢-توصيات الدراسة

٣-مراجع الدراسة

اولا : المراجع العربية

ثانيا :المراجع الأجنبية

٤-ملاحق الدراسة

النتائج ومناقشتها

١-تفسير الفروض و التحقق منها و مناقشة نتائج الدراسة

أولا: مناقشة الفرض الاول :

ينص الفرض الاول على انه :-

توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات مرضى السكر والمجموعة الضابطة من الاسوياء على مقياس العصابية .

وللتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام إختبار ت فى حالة تساوى العينين وكانت النتائج كما يلى:
جدول رقم (١٥) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) للمجموعتين على مقياس العصابية

المجموعات / العصابية	مرضى السكر ن١=٦٠		مجموعة ضابطة ن٢=٦٠		قيمة ت	مستوى الدالة
	م١	ع١	م٢	ع٢		
	٩,٩٦	٤,٠٠٨	٧,٩٣	٢,٣٤	٤,٧٥	دالة عند مستوى ٠,٠١

- تصبح قيمة ت دالة عند مستوى ٠,٠١ عندما تكون ت ≤ = ٢,٣٦
- تصبح قيمة ت دالة عند مستوى ٠,٠٥ عندما تكون ت ≤ = ١,٦٦

- وبإستعراض نتائج جدول (١٥) يتضح وجود فرق دلالة احصائية بين متوسط درجات المصابين بالسكر ومتوسط درجات الاسوياء على مقياس العصابية من استخبار ايزنك الشخصية وبالتالى يتضح صدق الفرض الاول للدراسة وهو ما يتفق مع عددا من الدراسات السابقة ـ حيث اشارت دراسة Jacobson عام ١٩٩٧ إلى وجود العصابية عند مرضى السكرى خلال مقارنتهم بمجموعة الاسوياء علما بأن مجموعة الاسوياء كانوا يعانوا كذلك من العصابية ولكن الفرق بين متوسط المجموعتين دال وفى صالح المجموعة التجريبية (٩٠ :٢٣)

كمـــا ان دراسة Bingerعام ١٩٧٥ التى تناولت السمات الشخصية المميزة لمرضى السكرى . فقد اشـــارت نـــتائج الدراسة ان من كان اكثر عصابية وبالتالى أعلى قلقا لم يستطيع التحكم الدائم فى مســـتويات الجـــلوكوز بالدم ذلك ان العصابية وغيرها كالاضطرابات النفسية المصاحبة للسكرى كالقلق والاكتئاب كفيلة بإحداث شروط وظروف ميسرة لإثارة إنفعالية قوية الامــــــــر الذى يعود على هيئة ارتفاع فى نسب الجلوكـــــــــوز بالدم . (٥٦ :١٥) .

ثانيا : تفسير الفرض الثانى

ينص الفرض الثانى على :

- **توجد فروق دالة احصائية بين متوسط درجات المرضى المصابين بالسكر ومتوسط درجات غير المصابين بالسكر على مقياس الانبساطية .**

- ولتحـــليل النتائج المتعلقة بهذا الفرض تم استخدام اسلوب قانون اختبار (ت) فى حالة تساوى العينتين وقد كانت النتائج كما يلى :

جدول (١٦) يوضح النتائج الاحصائية المتعلقة بالفرض الثانى :

المجموعات	مجموعة تجريبية ن١ = ٦٠		مجموعة ضابطة ن٢ = ٦٠		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م١	ع١	م٢	ع٢		
الانبساطية	٢٢,١٨	٦,١٣	١٩,٥٣	٣,٩٤	٢,١٤	دالة عند ٠,٠٥

مناقشة نتائج الفرض الثان :

.وينص الفرض الثان على :

- **توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات المرضى المصابين بالسكر ومتوسط درجات غير المصابين بالسكر على مقياس الانبساطية .**

- وقـــد اتضـــح مـــن خلال التحليلات الاحصائية الموضحة فى الجدول رقم (١٦) وجود فروق ذات دلالة احصـــائية بيـــن متوسط درجات المرضى المصابين بالسكر ومتوسط درجات غير المصابين بالسكر على مقياس الانبساطية .

- ويتضـــح من ذلك صدق الفرض الثانى للدراسة وهو ما يؤيد من خلال نتائج التراث البحثى حيث أشارت دراســـة liakopoulou,e سنه ١٩٩٢ الى وجود فروق جوهرية بين الاسوياء والمرضى على بعد الانبساطية . (٩٧ : ٨٤) .

ثالثا : عرض ومناقشة الفرض الثالث للدراسة :

تفسير الفرض الثالث

ينص الفرض الثالث على انه :

- يوجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات المرضى المصابين بالسكر ومتوسط درجات الغير مصابين بالسكر عل المقياس الفرعى لاستخبار إيزيك للشخصية (الذهانية) . ولتحليل وتفسير هذا الفرض فقد تم تطبيق اسلوب قانون (ت) الاحصائى فى حال تساوى العينتين وكانت النتائج كما يلى :

جدول (١٧) يوضح النتائج الاحصائية المتعلقة بالفرض الثالث

المجموعات	مجموعة تجريبية ن١ = ٦٠		مجموعة ضابطة ن٢ = ٦٠		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م١	م٢	ع١	ع٢		
الذهانية	٨,٤٥	٣,٩	٦,١٥	٢,١	٣,٣٢	دالة عند مستوى ٠,٠١

- وباستعراض نتائج الفرض الثالث يتضح وجود فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة – وعليه يتضح صدق الفرض الثالث من الدراسة – وهذا ما أويد بالفعل فى دراسة liakopolou سنه ١٩٩٢ حيث وجد الباحث ان المجموع الضابطة (الاسوياء) حصلوا على درجات اقل من درجات المجموعة التجريبية (مرضى السكر) (٩٧ : ٨٣) .

رابعا : تفسير الفرض الرابع :

ينص الفرض الرابع على :

- توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات المرضى المصابين بالسكر ومتوسط درجات غير المصابين بالسكر على مقياس (الكذب) .

* ولتحليل هذا الفرض تم استخدام اسلوب اختبار (ت) فى حالة تساوى العينتين كما يلى :

جدول رقم (١٨) يوضح النتائج الاحصائية الخاصة بالفرض الرابع :

المجموعات	مجموعة تجريبية ن١		مجموعة ضابطة ن٢		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م١	ع١	م٢	ع٢		
الكذب	١٦,٠٤	٣,٥٤	١٣,٤٦	٢,٩٥	٢,٨٤	دالة عند مستوى ٠,٠١

• يـنص الفـرض الـرابع انه توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات المرضى المصابين بالسكر ومتوسط درجات غير المصابين بالسكر على مقياس (الكذب) .

• ولتحـليل هذا الفرض ثم استخدام اسلوب اختبار (ت) فى حالة تساوى العينتين – ويتضح من خلال هذه التحـليلات الاحصائية الموضحة بالجدول رقم (١٨) وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المرضى المصابين بالسكر ومتوسط درجات غير المصابين بالسكر على مقياس (الكذب)

• وبذلـك ويتضح صدق الفرض الرابع للدراسة وهو ما يؤيد من خلال مراجعة الدراسة السابقة التى منها دراسة Lu - Ning سنه١٩٩٥ . (٩٩ : ٦٠) ودراسة lustman, سنه ١٩٩٢ . (١٠١ : ٣٠٧) .

خامسا : مناقشة الفرض الخامس :

<u>ينص الفرض الخامس على إنه :-</u>

توجـد فروق دالة احصائيا في متوسط درجات مرضى السكر والمجموعة الضابطة من الاسوياء على مقياس حالة القلق .

وللتحقق من هذا الفرض فقد تم إستخدام إختبار "ت" فى حالة تساوى العينين وكانت كما يلى "

جدول رقم (١٩) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقمية "ت" للمجموعتين على مقياس قلق الحالة .

المجموعات / قلق الحالة	مجموعة تجريبية ن١ = ٩٠		مجموعة ضابطة ن٢ = ٩٠		قيمة ن	مستوى الدلالة
	م١	ع١	م٢	ع٢		
	٢٨,٤	٩,٨٦	٢٤,١٨	١٠,٣٤	٢,٥٣	داله عند مستوى ٠,٠١

وباستعراض نتائج الفرض الخامس يتضح وجود فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات مجموعة التجريـبية والمجموعة الضابطة - وعليه يتضح صدق الفرض الخامس للدراسة يؤيد هذه النتيجة مـا توصـل إليه ينوماك Neumak عام (١٩٩٦)حيث وجد الباحث ارتفاعا فى معدلات القلق لدى عيـنة مرضـى السكر مقارنة بالاسوياء واعتمد الباحث فى هذه الدراسة على اسلوب الاختبارات النفسية لقياس القلق النفسى - كما اعتمد كذلك على محكات الدليل التشخيصى والاحصائى لتصنيف الامـراض النفسـية – وتـم مضـاهاة نتائج الاختبارات النفسية التى تقيس القلق النفسى(اختبار

هاملــتون للقــلق) ونتائج التصنيف وانتهت الدراسة الى ان القلق كان اعلى من القلق لدى افراد العينة الضابطة والفرق جوهرى . (١١٣ : ١٧)

أمـــا دراســـة Okda عام (١٩٩٥) التى تناولت فيها الباحث مشكلة أيهما اكثر ارتباطا بمرض الســكرى قــلق الحالــة أم قلق السمة – وقام الباحث بتقديم اختبار شبيلرجر (قائمة القلق) على المجموعــة التجريــبية وبمقارنة درجات المرضى على المقياسين تبين للباحث ان قلق الحالة كان اعلى من درجات قلق السمة وبالتالى اعتبر الباحث ان قلق الحالة اكثر ارتباطا بمرضى السكر من قلق السمة . (١١٥ :٢٢)

وفى عــام ١٩٩٦ حــاولت الدراسة التى قام بها Stauss ان تقيس القلـــق النفسى لدى مرضى السكرى .

واســتعان الباحث بإختبار تيلر الصريح – وقد توصل الباحث ان درجات أو متوسط درجات القلق لدى المجموعة التجريبية كانت اعلى من متوسط درجات القلق لدى المجموعة الضابطة وان الفرق جوهرى وذا دلالة احصائية .(١٣٠ :٣٥)

سادسا : مناقشة الفرض السادس :

<u>ينص الفرض السادس على أنه :-</u>

" توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات مرضى السكر والمجموعة الضابطة من الاسوياء على مقياس سمة القلق "

وللـــتحقق من هذا الفرض فقد تم استخــــــــدام اختبار ت فى حالة تساوى العينتين وكانت النتائج كما يلى :

جدول رقم (٢٠) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" للمجموعتين على مقياس   سمة القلق .

المجموعات / قلق السمة	مجموعة تجريبية ن١ = ٦٠		مجموعة ضابطة ن٢ = ٦٠		متجه ت	مستوى الدلالة
	م١	ع١	م٢	ع٢		
	٢٩,٧٦	٩,٧٩	٢٣,٢	٥,٧٢	٦,٢٨	دالة عند مستوى ٠,٠١

- وباســـتعراض نـــتائج الفــرض السادس يتضح وجود فرق ذا دلاله احصائيا بين متوسط درجـــات الاسوياء ومتوسط درجات المرضى المصابين بالسكرى على مقياس قلق السمة من قائمـــة شبيلرجر للقلق النفسى وبالتالى يتضح صدق الفرض السادس للدراسة وهو ما يتفق مع دراســـة Saunders عـــام (١٩٩٤) الـــتى حاولت الكشف عن القلق النفسي لمرضى مصابين بالســـكرى حيـــت استعان الباحث فى هذه الدراسة بمقياس قلق السمة من قائمة شبيلرجر للقلق النفسى – وكانت النتائج متمشية مع الفرض الخاص بذلك وبالتالى فقد وجد الباحث فعلا ان قلق السمة كان مرتفعا عند المجموعة التجريبية منه عند أفراد المجموعة الضابطة (١٢٤ : ٢٣)
- واستطاع Lane, JD فى عام (١٩٩٣) ان يفحص القلق والاكتئاب لدى عينة مصابة بالسكرى مقارنة بعينة ضابطة سوية لا تعانى من السكرى ولا أيه اضطرابات اخرى طبية أو نفسية وامكن التوصل إلى نتيجة مفاداها ان الفرق بين متوسط درجات المجموعتين على مقياس قلق السمة كان فرقا جوهرى وذا دلالة احصائيا . (٩٤ :٦١)

سابعا : مناقشة الفرض السابع :

ينص الفرض السابع على إنه :-

" توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات مرضى السكر والمجموعة الضابطة من الاسوياء على مقياس حالة الاكتئاب

وللتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام إختبار " ت " في حالة تساوي العينتين وكانت النتائج كما يلي :-

جــدول رقــم (٢١) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس إكتئاب الحالة BECK

المجموعات / اكتئاب الحالة	مجموعة تجريبية ف ١ = ٦٠		مجموعة ضابطة ف٢ = ٦٠		قيمة ت	مستوى الدلالة
	٢٠,٦٥	٥,٣٦	١٧,٢٣	٥,٨٥	٤,٤٣	دالــة عند مســتوى ٠,٠١

- وبــالاطلاع عــلى الجــدول السابق نجد ان الفروق بين المجموعتين ذات دلالة احصائية وبالــتالى يمكــن قبول الفرض أو يتضح صدق الفرض السابع من الدراسة وتؤيد هذه النتيجة بدراسات منها .

- دراســـة Jacobson – تــلك الدراسة التى تناولت جانبين على غاية من الاهمية يهمنا منها فقط الجانب الاول ، والجانبان هما ، أولا الاكتئاب النفسى عند مرضى السكرى .

ثانيــا : علاج الاكتئاب لديهم بواسطة التدخلات النفسية ممثلة فى العلاج السلوكى حيث استيعاب الــباحث بمقياس الاكتئاب من بطارية مينسوتا متعددة متعددة الاوجه للشخصية – ودليل التشخيص الوصفى الاحصائى للاضطرابات النفسية DSM-III-Rبالاضافة إلى ان الاكتئاب النفسى من نوع حالة الاكتئاب قد كان مرتفعا لدى العينى التجريبية فى مقابل العينة الضابطة . (٩٠ : ٦١)

كذلـــك دراســـة Naliboff.c والتى نشرت عام ١٩٨٢ وكان تساؤلاتها الرئيسية هل بإمكان بطاريـــة مينســـوتا متعددة الاوجه Mmpi ان تشخص الاضطرابات النفسية المصاحبة للأمراض المزمنة بما فيها السكرى وجزء من هذه لبطارية يقيس الاكتئاب ومن ثم وجد إلباحث ان الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية كان مرتفعا مقارنة بالمجموعة الضابطة . (١١٢ :٢٧)

كمـــا يؤيـــد الفرض كذلك دراسة Surridge, عام ١٩٨٤ التى تناولت الاكتئاب عند مرضى السكر واســـتعان الباحث لقياس الاكتئاب بكل من اختبار هاملتون للاكتئاب Hamilton ومقياس لاكتئاب الحالة Beck

وثبـــتت الدراسة ان المجموعة التجريبية كانت لديهم درجات مرتفعة الاكتئاب مقارنة بالمجموعة الضابطة . (١٣١ :٣٧)

كمـــا ان دراســـة Tattersall,R عـــام (١٩٨١) الـــتى تناولت المظاهر والاعراض الطب نفسية (الســـيكاتيرية) وتـــم قيـــاس الاكتـــئاب بإختـــبار هاملتون لتقدير الاكتئاب – وقد وجد الباحث ان المجموعة التجريبية من مرضى السكر كانوا يعانون من الاكتئاب . (١٣٨ :٥٢)

كما ان دراسة Polonsky عام (١٩٩٠) ايدت صدق الفرض الرابع حيث تناولت الدراسة القلق والاكتئاب والاحباطات والضغوط عند مرضى السكرى وانتهت الدراسة إلى ان الاكتئاب كان من بين هذه الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرضى السكر . (١٢٠ : ٢٨)

وهناك دراسات غيرها ايدت الفرض منها دراسات Maning علم ١٩٩٥ ودراسات Liakopoulou عام ١٩٩٢ .

ثامنا : مناقشة الفرض الثامن :

ينص الفرض الثامن على انه :-

" توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات مرضى السكر والمجموعة الضابطة من الاسوياء على مقياس سمة الاكتئاب "

وللـــتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار "ت" فى حالة تساوى العينين ، وكانت النتائج كما يلى :

جــدول رقــم (٢٢) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس سمة الاكتئاب (D) من اختبار جيلفورد للشخصية .

المجموعات / اكتئاب السمة	مجموعة تجريبية ن١=٦٠		مجموعة ضابطة ن٢ = ٦٠		قيمة ت	مستـــوى الدلالة
	م١	ع١	م٢	ع٢		
	٦٥,٧٣	١٣,٣٨	٥٦,٠٥	١٩,٥٣	٤,٥٤	دالة عندى مستوى ٠,٠١

وبالـــنظر والاطـــلاع على الجدول السابق يتضح وجود فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات المجموعتين ، مما يتأسس عليه قبول الفرض الخامس وهناك دراسات عديدة تؤيد صدق الفرض الثامن – دراسة colomba

عـــام ١٩٩٤ الـــتى تناولت المظاهر اليسيكولوجية لمرضى السكرى وقد استعان الباحث بعدد من الاختبارات النفسية كإختبار كاتيل 16 PFومقياس الاكتئاب لهاملتون – ممقياس زونج لتقدير القلق وقد تنتج عن هذا البحث ان مجموعة مرضى السكرى يعانون من الاكتئاب وذلك مقارنة بمجموعة الضابطة (٦٨ : ٣٢) .

ودراســـة Lu-Ning والـــتى نشـــرت (١٩٩٥) تحت عنوان الحالة النفسية وخصائص الشخصية لمرضى السكر – حيث ثبت الدراسة أن مجموعة مرضى السكرى يعانون من السكرى فى مقابل عينة المجموعة الضابطة .(٩٩ : ٣١)

تاسعا : مناقشة الفرض التاسع :

ينص الفرض تاسعا على أن :-

" توجـد فـروق دالـة احصائيا بين متوسط درجات مرضى السكر من غير المجموعة التجريبية ومتوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية في مقياس حالة العصابية "

وللتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام "ت" فى حالة تساوى العينين وكانت النتائج كما يلى :

جدول رقم (٢٣) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس قلق الحالة .

المجموعات / قلق العصابية	مجموعة تجريبية ن١ = ٣٠		مجموعة ضابطة ن٢ = ٣٠		قسيمة ت	مستوى الدلالة
	م١	ع١	م٢	ع٢		
	٢٧,٩	١٠ ر٠٣	٢٤,٤	٩,٦٥	١,٩٢	دالة عندى مستوى ٠,٠١

وباسـتعراض نـتائج جـدول (٢٣) يتضح وجود فرق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعـتين وبالـتالى يتضـح صـدق الفرض التاسع من الدراسة وهذا ما يتفق مع عددا من الدراسات السابقة .

فدراسـة Martin عـام (١٩٩٤) حيـث أمكـن الباحث علاج قلق الحالة لمرضى من الراشدين المصـابين بالسـكرى وبالتالى امكن احتـــواء هذه المصاحبات النفسية المترتبة على الاصابة بالسكرى . (١٠٣ :٥٥)

وكذلـك دراسـة okadaعام (١٩٩٥) والتي قدمت العلاج السلوكى والعلاج الدوائى والعلاج عن الارشـاد النفسى لعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة للسكر ، وأستمر برنامج العلاج السلوكى قراية الشهرين وبعدها أمكن التقليل من درجات المرضى مما يعنى انخفاض قلق الحالة لديهم (١١٥ : ٣١)

دراسة Cleveland عام (١٩٩٦) التى تناولت تحسين الاكتئاب لمرضى يعانون من اضطرابات فسـيولوجية كالسـكرى والاضطرابات العصبية واضطرابات القلب وسوء اداء الوظيفة التنفيسة والايدز وبالفعل امكن خفض قلق الحالة لدى المجموعة بعد تدخل العلاج السلوكى .(٦٧ : ١٧)

عاشرا الفرض العاشر :

ينص الفرض العاشر على أن :-

" توجـد فـروق دالــة احصائيا بين متوسط درجات مرضى السكر من غير المجموعة التجريبية ومتوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية في مقياس حالة القلق "

وللـتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار (ت) فى حالة تساوى العينين وكانت النتائج كما يلى :

جدول رقم (٢٤) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين ومقياس اكتئاب الحالة > Beck

المجموعات / اكتئاب القلق	مجموعة تجريبية ن١ = ٣٠		مجموعة ضابطة ن٢ = ٣٠		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م١	ع١	م٢	ع٢		
	٢٠,٩٦	٤,٩٧	١٨,٥٦	٥,١٧	٢,٥٥	دالــة عندى مستوى ٠,٠١

تصبح قيمة ت دالة عند مستوى ٠,٠١ عندما تكون ت ≤ = ٢,٣٩

تصبح قيمة ت دالة عند مستوى ٠,٠٥ عندما تكون ت ≤ = ١,٦٧

و باسـتعراض نـتائج الفـرض العاشـر يتضـح وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط المجموعـتين و بالتالى يتضح صدق الفرض العاشر من الدراسـة و هذا ما يتفق مع عددا من الدراسـات السابقة ، فدراسة Mrrtin سنة ١٩٩٤ اثبت ان مرضى السكرى امكن علاجهم من الأكتئاب عن طريق العلاج السلوكى باستخدام اسلوب الاسترخاء (١٠٣ : ٨٠) – و كذلك دراسة Okada سنة ١٩٩٢ (١١٥ : ٢٥) .

الحادى عشر : مناقشة الفرض الحادى عشر :

<u>ينص الفرض الحادى عشر على إنه :-</u>

" توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات مرضى السكر من غير المجموعة التجريبية ومتوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية على مقياس سمة القلق "

وللتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار (ت) في حالة تساوى العينيتين وكانت النتائج كما يلى :

جدول رقم (٢٥) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس سمة القلق .

المجموعات / سمة القلق	مجموعة تجريبية ن١=٣٠		مجموعة ضابطة ن٢ = ٣٠		نتيجة ت	مستوى الدلالة
	م١	ع١	م٢	ع٢		
	٢٨,٥	١٠,٠٧	٢٤,٢٦	١١,٠٣	٢,١٦	دالة عند مستوى ٠,٠٥

وباستعراض نتائج الفرض الثامن يتضح وجود فرق ذا دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعتين على مقياس سمة القلق وبالتالى يتضح صدق الفرض الحادىعشر .

وهذا ما يتفق مع عددا من الدراسات السابقة ، حيث اشارت دراسة Za MBanini , D عام (١٩٩٧) التى تناولت اثر التدخلات النفسية للتغلب على الخوف والقلق عند مرضى السكر وقد ثبت من نتائج الدراسة ان مجموعة مرضى السكر استطاعت تخفيض القلق والخوف باستخدام الاسترخاء التخيلي . (١٥٢ : ٣٠)

كما تؤيد دراسة Aiknes عام (١٩٩٦) صحة الفرض السابق حيث ان هذه الدراسة سجلت في احد كتب علم النفس الصحة وقد ثبت من خلال نتائج الدراسة انه بامكان العلاج بالعائد الحيوى تحسين معدلات القلق لدى عينة من مرضى السكرى .(٣٩ : ٢٦)

واخيرا دراسة Bruce عام (١٩٩٧) التى تناولت دور التدخلات السلوكية المعرفية لخفض المشقة عـند مرضى السكرى وقد استعان الباحث بمقياس التقدير الذاتى للقلق واجرى الاختبار مرة قبل بدايـة العلاج السلوكى المعرفى ومرة بعد هذا النوع من العلاج وبالتالى ينتج عن هذه الدراسة ان العلاج السلوكى المعرفى يمكن ان يساعد هؤلاء المرضى على التعامل مع قلقهم وتكيفـهم معه .
(١٥ : ٦٥)

ثانى عشر : مناقشة الفرض الثانى عشر

ينص الفرض الثانى عشر على إنه :-

" توجـد فروض دالة احصائيا بين متوسط درجات مرضى السكر من غير المجموعة التجريبية ومتوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب "

وللـتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار (ت) فى حالة تساوى العينتين وكانت النتائج كما يلى

جـدول رقم (٢٦) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس الاكتئاب(D) من بطارية جيلفورد للشخصية .

المجموعات / الاكتئاب من جليفورد	مجموعة تجريبية ن١=٣٠		مجموعة ضابطة ن٢ = ٣٠		نتيجة ت	مستوى الدلالة
	م١	ع١	م٢	ع٢		
	٦٥,٤٣	١٤,٩٨	٦١,٣	١٤,٥١	١,٥٢	غير دالة

وباسـتعراض نـتائج الفرض الثانى عشر يتضح عدم وجود دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعـتين عـلى مقيـاس اكتـئاب D من بطارية جليفورد سواء عند مستوى ٠,٠١ ، ٠,٠٥ ويتأسس عليه عدم صدق الفرض الثانى عشر .

الا ان هـناك دراسـات كـثيرة اهـتمت بدراسـة وقيـاس الاكتـئاب مـن بطاريـة جيلفورد مـنها عـلى سـبيل المـثال : دراسـة Jacobson عام ١٩٩٧ التى اهتمت بشقين احدهما تناول الاضطرابات الانفعالية عند مرضى السكرى ومن بينها الاكتئاب وثانى هذه الاهتمامات تناولت اثر العلاج السلوكى فى خفض الاكتئاب عند مرضى السكرى .

وبالمـــثل دراســـة Tattersallir عام (١٩٨١) التى تناولت قياس الاكتئاب باختبار هاملتون لتقدير الاكتئاب .

ودراسة Naliboffic عام (١٩٨٢)التى تناولت اعراض الاكتئاب النفسى عند مرضى السكرى – كما قيست بواسطة بطارية MMPi .

وعليه فإن هذه النتيجة لم تتفق مع نتائج التراث البحثى من دراسات سابقة .

ثالث عشر : مناقشة الفرض الثالث عشر :

ينص الفرض الثالث عشر على انه :

- **توجد فروض دالة احصائيا بين متوسط درجات مرضى السكر من غير المجموعة التجريبية ومتوسط درجات مرضى السكر من المجموع التجريبية على مقياس حالة الاكتئاب .**
- وللـــتحقق مـــن صدق الفرض قد تم استخدام اختبار (ت) فى حالة تساوى العينتين وكانت النتائج كما يلى :
- **جدول رقم (٢٧) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين عل مقياس حالة الاكتئاب .**

المجموعات / اكتئاب الحالة	مجموعة تجريبية ن١=٣٠		مجموعة ضابطة ن٢ = ٣٠		نتيجة ت	مستوى الدلالة
	م١	ع١	م٢	ع٢		
	٢٥,١٧	٧,١٤	٢١,٢٠	٤,٣٨	٢,١٤	دالة عند مستوى ٠,٠٥

- وباســـتعراض نتائج الفرض الثالث عشر يتضح وجود دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعتين على مقياس اكتئاب الحالة عند مستوى دلالة قدره ٠,٠٥ وبذلك يتضح صدق الفرض الثالث عشر وهذا ما اؤيد بدراسة Boyer سنه ١٩٩٧ . (٥٩ : ٤٤٨) .

رابع عاشر : مناقشة الفرض الرابع عشر :

ينص الفرض الرابع عشر على إنه :-

" توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات مرضى السكر من غير المجموعة التجريبية ومتوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية على مقياس نسبة الجلوكوز بالدم "

وللتحقق هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار "ت" فى حالة تساوى العينيتين وكانت النتائج كما يلى :

جدول رقم (٢٨) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس نسبة الجلوكوز بالدم .

المجموعات / مقياس نسبة الجلوكوز بالدم	مجموعة تجريبية ن١= ٣٠		مجموعة ضابطة ن٢ = ٣٠		نتيجة ت	مستوى الدلالة
	م١	ع١	م٢	ع٢		
	٢٣٠,١٦	١٦,١٦	٢٠٨,٩	٣٩,٨	٣,٧٦	دالة عند مستوى

وباستعراض هذه النتائج الخاصة بالفرض العاشر يتضح وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المصابين بالسكرى ومتوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس نسبة الجلوكوز بالدم وبالتالى يتضح صدق الفرض الرابع عشر من الدراسة . وهذا ما يتفق مع عددا من الدراسات منها :

دراسة Milton عام (١٩٨٩) التى اقترحت وفرضت امكانية خفض نسبة الجلوكوز بالدم باستخدام العلاج النفسى المختصر – وبعد اجراء هذا النوع من العلاج لمدة شهرين امكن بالفعل خفض نسبة الجلوكوز بالدم كما اشارات نتائج البحث . (١١١ : ٢٥)

واشارت كذلك دراسة Peseschikion عام ١٩٩٠ الى امكانية نجاح العلاج النفسى الايجابى لخفض مستوى الجلوكوز بالدم فى فترة من الزمن قدرت بسبع اسابيع تلقت فيها العينة هذا النوع من العلاج مقارنة بنتائج المجموعة الضابطة (١١٨ : ٣٢)

كمـــا ان دراســـة Board عام (١٩٩٣) التى تناولت العلاج السلوكى باستخدام طريقة حسن ادارة المـــريض لمشكلته مع السكرى فى خفض نسبة الجلوكوز بالدم – من الدراسات التى ايدت نتائجها نتائج الفرض الخاص بخفض نسبة الجلوكوز فى الدم لدى افراد عينة المجموعة التجريبية فى هذه الدراسة .(٥٧ : ٢١)

ودراسة Boehm والتى فسرت كذلك عام (١٩٩٣) تحت عنوان التحليل السلوكى اليومى وامكانية خفــض نســبة الجــلوكوز بالدم عند مرض السكر حيث استعان الباحث بعينة من الراشدين من تــراوحت اعمـــارهم ٥٠ – ٥٥ ســنة وامكن تدريب المرضى على العلاج السلوكى عن طريق التحــليل السلوكى اليومى لكل الانشطة التى من شأنها ان تثير القلق والتوتر وتحديدها بدقة وامكن بعد هذا التحليل السلوكى اليومى لمدة ثلاثة اسابيع خفض نسبة الجلوكوز بالدم .(٩٣ :٢٧)
كمـــا ان دراســـة lane عـــام (١٩٩٣) التى تناولت الاسترخاء وعلاج السكر امكن التوصل من خلالهـــا لنـــتائج هامـــة على صعيد استخدام اسلوب من اساليب العلاج السلوكى وهو الاسترخاء لخفض نسبة الجلوكوز بالدم . (٩٤ :١٩)
ودراســـة Barbara عـــام (١٩٩٦) حاولت المقارنة بين اسلوبين من اساليب التدخلات السلوكية لخفض نسبة الجلوكوز بالدم .

الأولى : طريقة العائد الحيوى بشقيه EMG, Thermal .
الثانية : الارشاد النفسى .

هـــذا فى مقـــابل عيـــنة ثالثة تتلقى العلاج الدوائى المضاد لارتفاع نسبة الجلوكوز بالدم توصلت التجربة والدراسة الى نتيجتين هامتين :

الأولى : انه بامكان العلاج السلوكى المعتمد على اسلوب الاسترخاء بالاستعانة بالعائد الحيوى أن يـــنخفض نســـبة الجـــلوكوز بـــالدم إذا ما قارنا المجموعتين الباقيتين التى تلقت الارشاد النفسي مع العلاج الدوائي والعلاج الدوائي بمفرده .

الثانية : اوصـــت الدراسة بضرورة اتباع الطريقتين فى علاج المرضى المصابين السكرى وهى التدخل السلوكى اضافة للتدخل الدوائى .(٦١ : ٥٥)

واخيــرا دراسة kavild,E عام (١٩٩٧) التى تناولت اثر الاسترخاء على خفض نسبة الجلوكوز بــالدم ، حيــث اشـــارت نتائج هذه الدراسة الى امكانية احداث تغير بالخفض فى نسبة الجلوكوز باستخدام اسلوب الاسترخاء لمـــــــــــــــــــدة اربعة اسابيع مقارنة بنتائج المجموعة الضابطة . (٢١: ٩٣)

المراجع

مراجع الدراسة

أولا : قائمة المراجع العربية :

١- إبراهيم عبد الستار ،(١٩٨٠) العلاج النفسي الحديث ، المجلس الوطني للثقافة ، الكويت .

٢- احمد محمد عبد الخالق ، (١٩٧٢) ، الأبعاد الأساسية للشخصية ، القاهرة ، دار المعارف .

٣- احمد محمد عبد الخالق ، (١٩٨٩) ، استخبارات الشخصية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية

٤- احمـــد محمـــد عـــبد الخالق ، (١٩٩١) ،- الإعداد و التعريب - هـ ، ج ايزنك - التأليف - استخبار ايزنك للشخصية ، دليل التعليمات ، الصيغة العربية للراشدين ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية

٥- احمد عكاشة ، (١٩٨٤) ، الطب النفسي المعاصر ، القاهره ، مكتبة الانجلو المصريه .

٦- ازفلدكولبة ، (١٩٥٥)، مدخل إلى الفلسفة ،أبو العلاء عفيفي ، القاهرة ، لجنة التأليف والترجمة والنشر .

٧- أمنية كاظم ، (١٩٨٦) ، قائمة حالة و سمة القلق ، الكويت ، دار العلم .

٨- جـــورج سارتون ، (١٩٦١) ، تاريخ العلم ،الفلسفة،ترجمة(توفيق الطويل)العـــــدد الاول،جـــ ٣ ، القاهرة ، دار الشروق .

٩- حامد زهران ، (١٩٩١) ، موسوعة علم النفس ، القاهره ، دار الشروق .

١٠- حلمي احمد حامد ، (١٩٩١) ، مبادئ الطب النفسي ، القاهره ، دار صفا للطباعه والنشر .

١١- حسن مصطفى ، (١٩٨٩) ، دراسات اكلينيكيه لمرضى السيكوسوماتين باستخدام منهج دراسة الحاله ، بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس بمصر ، الجمعيه المصريه للدراسات النفسيه ، القاهره ، ص ٦٩-٧٢ ، ص ٩٤-٩٦ .

١٢- حمدى الحجار ، (١٩٩٠) ، فن العلاج فى الطب النفسى السلوكى ، بيروت ، دار العلم للملايين

١٣- رزق سعد ، (١٩٩٢) ، موسوعة علم النفس ، بيروت ، المؤسسه العربيه للدراسات والنشر .

١٤- سامى عبد القوى ، (١٩٩٠) ، علم النفس الفسيولوجى ، القاهره ، مكتبة النهضه المصريه .

١٥- عبد الرحمن العيسوى ، (١٩٩٤) ، الامراض النفسيه والعقليه ، الاسكندريه ، دار المعرفه الجامعيه .

١٦- عبد المنعم حفنى ، (١٩٩٥) ، موسوعة الطب النفسى ، الجلد الثانى ، القاهره ، مكتبة مدبولى .

١٧- عبد الوهاب كامل ، (١٩٨٥) ، التعلم وتنظيم السلوك ، طنطا ، المكتبه القوميه .

١٨- غريب عبد الفتاح ، (١٩٩٠) ، مقياس الاكتئاب (د) ط٢ ، القاهره ، مكتبة النهضه المصريه .

١٩- مايسه شكرى ، (١٩٨٥) ، الاضطرابات السيكوسوماتيه وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصيه وخاصة بعد الانبساط / الانطواء ومستوى الطموح رسالة ماجستير غير منشوره - كلية الآداب ، جامعة الزقازيق .

٢٠- مايســـه شكرى ، (١٩٨٨) ، السمات الشخصيه والانفعاليه لدى بعض فئات مرضى السرطان فى الريف والحضر ، رسالة دكتوراه غير منشوره ، كلية الآداب ، جامعة الاسكندريه .

٢١- مايسه شكرى ، وآخرون ، (١٩٩٦) ، دراسه نفسيه لمرضى الجلوكوما الاوليه المزمنه ، الاسكندريه ، دار المعرفه الجامعيه .

٢٢ -مايسة محمد شكرى،(٢٠٠٠) ، مفاهيم الصحة والمرض الجسمى فى علم النفس،الإسكندرية ،دارالفتح للنشر

٢٣ - مايسة النيال ،(١٩٩١) ، الأعراض السيكوماتية لدى عينة من الأطفال و علاقتها بالقلق والاكتئاب ، دراســـة عاملية مقارنة ، بحوث لمؤتمر السابع لعلم النفس فى مصر ـــ القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ١٤٠ - ١٤١ ،ص ١٦٠ - ١٦٢ .

٢٤ - محمد محروس الشناوى ، (١٩٨٧)، نموذج تهذيب الاخلاق عند الغزالى و مقارنة بنموذج العلاج السلوكى الحديث ، رسالة الخليج العربى ، العدد ٢٢ .

٢٥ ـ محمود ابو النيل ، (١٩٨٤) ، الامراض السيكوماتية (الامراض الجسمية المنشأ) دراسات عربية و عالمية ، القاهرة ، مكتبة الخانجى.

٢٦ ـ محمود ابو النيل ،(١٩٧٢)، علاقة الاضطرابات السيكوماتية بالتوافق المهنى فى الصناعة ، رسالة دكتوراه ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس.

٢٧ ـ مصطفى زيور ، (١٩٤٥) ، فصول فى الطب السيكوماتى ، مجلة علم النفس ، العدد الاول ، القاهرة.

٢٨ ـ مصطفى سويف ، وآخرون ،(١٩٨٥) ، مرجع فى علم النفس الاكلنيكى ، القاهرة ، دار المعارف.

٢٩ ـ مصطفى سويف ، (١٩٨٤) ، علم النفس الحديث ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٣٠ ـ ممـــدوح مختار على ،(١٩٩٥)، دراسة مقارنة بين الاسوياء و مرضى ضغط الدم المرتفع من الراشدين و امكانية تخفيض ضغط الدم بالتغذية البيولوجية المرتدة ، رسالة ماجيستير غير منشورة ، كلية النبات ، جامعة عين شمس .

٣١ ـ منذر ابراهيم ،(١٩٨٣)، الصحة للجميع ، الطبعة الاولى ، بيروت ، مؤسسة نوفل .

٣٢ ـ مـــنى حسن ابو طيره ،(١٩٨٩)، علاقة الاضطرابات السيكوماتية بالشخصية و التنشئة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس.

٣٣ ـ نور الدين جبالى ،(١٩٨٩)،)، علاقة الاضطرابات السيكوماتية بالشخصية و دراسة مقارنة لحالات القرحة المعدية و السكر ، رسالة ماجيستير غير منشورة ،كلية الآداب ، جامعة عين شمس.

٣٤ ـ هالة رمضان على ،(١٩٩٧)، الاصابة بمرض البول السكرى لدى عينة من الاطفال و علاقته ببعض المتغيرات الشخصية و الانفعالية لكل من الطفل المريض والام رسالة ماجيستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة طنطا.

٣٥ ـ وائل شاهين ، (١٩٩٣) ، العلاج الشمولى وجهاز المناعة ،دبى ، دار العلم للنشر.

٣٦ - وليم منجر منر وليـــــف ،(١٩٦٦) ، اضواء الطب النفســـــى على الشخصية ،و السلوك ،ترجمـــة ، (محمد أحمد غالى) ، القاهرة ، مكتبة القاهرة الحديثة.

٣٧ - يوسف مراد ، (١٩٥٥)، مبادئ علم النفس ، القاهرة، دار المعارف .

ثانيا قائمة المراجع الأجنبية :-

38 **Agras, W.B**. (1982). *BEHAVIORAL MEDICINE IN THE 1980S*. JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY., VOL 31,NO 2,21-25.

39 **Aikens,E**.(1996). *DIABETES MELLITUS AND OTHER ENDOCINE DISODERS*. HAND BOOK OF HEALTH PSYCHOLOGY NEW YORK . MONTOGOMERY PUBLISHERS.

40 **Akinalde .KE**.(1997). PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF MEDICINE ., VOL 25 NO 1,61-7 .

41 **Alba , E . PEREZ , F.** (1985) . DIABETES MELLITUS : PSYCHO. SOCIAL FACTORS. BOLETIN DE LSICOLOGIA .,VOL 8 (2) 9,33-37,53.

42 **Anderson .S**. (1995) . NON-INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS: PSYCHO NEUROIMMUNOLOGY IN FLEUCENCE OF CONGRUENCE , TYPE A BEHAVIOUR AND STRESS COPING AND FAMILY ENVIORNMENT . CLINCAL DIABETES ., VOL 30(3), 3-11

43 **Assal, J, P.** (1991). GLOBAL INTEGRATED OPPROCH TO DIABETES. NEW York: THIEME.

44 **Bailey , BK**. (1990). BIOFEED BACK AND CONTRAL OF DIABETES MELLITUS – BIO FEED BACK – SELF REGUL ., VOL 15(1) 7-13.

45 **Bandura , A.**(1977) SOCIAL LEARNING THEORY , NEW YORK . CLIFITS PRENTICE HALL .

46 **Beck , A,T. STEER,R,**AND **CARBIN ,M.** (1980) . PSYCHOMETRIC PROPERATIES OF BECK DEPRESSVE INVENTORY 25 YEARS OF EVALUATION . CLINICAL PSYCHOLOGY, REVIEW, NEW YORK . HOBER .

47 **Beck , A ,T, WORD, H, MENDELSON ,M . MOCKT,H** AND **ERBOUGH . J.**(1975) AN INVENTORY MEASURING DEPRESSION ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY, NEW YORK. HOEBER

48 **Beck , A ,T.** (1967) .: DEPRESSION , CLINICAL , EXPERIMENTAL AND THEORETICAL ASPECTS . NEW YORK , HOBER.

49 **Beck , A ,T** .(1976). COGNITIVE THEROPY AND EMOTIONAL DISORDERS. NEW YORK . INTERNATIONAL PRESS.

50 **Beck , A ,T. & EMERY G.** (1985) . ANXIETY DISORDERS AND PHOBIA : A COGNITIVE PERSPECTIVE, NEW YORK . BASIC BOOK.

51 **Beck , A ,T. & WEISHAAR , M.** (1989) . COGNITIVE THERAPY, NEW YORK . PLENUM.

52 **Bernstien, D,A & BROKOVECI,T,D.**(1973). PROGRESSIVE RELAXATION TRANING , A MUNAL FOR PROFESSIONALS , NEW YORK , SEARCH PRESS .

53 **Benson,H** . (1974) . THE RELAXATION RESPONSE . JOURANAL OF AMERICAN PSYCHIATRY ., VOL 37(4), 9-22

54 **Benton , P.C**. (1973). THE EMOTIONAL ASPECTS OF DIABETES MELLITUS . JOURNAL OF AKOHAMA MEDICAL ASSOCIATION ., VOL 3 (2). 46-50.

55 **Berstien .D**. (1973) . PROGRESSIVE RELAXATION TRANING A MUNAL FOR HELPING PROFESSIONALS ,III . USA. RESEACH PRESS.

56 **Binger** , C,A,**ACKERMAN,E.A,CHOHEN** AND **OTHERS** (1975) . PERSONALITY AND DIABETES. PSYCHOSOMATIC MEDICIENE . VOL III , 15,25-29,31-53.

57 **Board WAY , R.H**.(1993). BEHAVIORAL THERAPY. PEDIATRI JOURANL., VOL 18(1) 21,53-61.

58 **Boehm,S**. (1993). BEHAVIORAL ANLYSIS AND DIABETES. NURS,RES., VOL 2(3),30-32.

59 **Boyer,JG**. (1997). DIABETES AND PERSONALITY. MED-CARE. GLAXO RESEARCH., VOL35 (5), 440-53.

60 **Bradley, BR**. (1994) . THE ROLE OF PSYCHOLOGY FOR DIABETES PATIENTS. CLINICAL PSYCHOLOGY., VOL 33 (PART2).20-24 .

61 **Brabara, J, eT**. (1996) . TWOKINDS OF BEHAVIORAL INTERVENTION . ANNALS OF BEHAVIORAL MEDICINE ., VOL 18 (3). 30-37,55.

62 **Bradley,R**.(1994). CONTRIBUATION OF PSYCHOLOGY TO DIABETES MELLITUS . BRITISH JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY . VOL 33 (1) ,11-14.

63 **Brickman , AL eTAL**. (1996) . THE PSYCHOLOGICAL FACTORS AFFECTING MEDICAL CASE. AMERICAN PSYCHIATRY JOURNAL . VOL 37 (3),459-62.

64 **Brichkman A**. (1996). PRESONALITY TRAIT AND LONG TERM HEATH STATUS : THE IN FUENCE OF NEUROTICISM AND CONSCIENTIOUNESS IN DIABETES. PSYCHOSOMATIC MED. VOL (47) , 2-9.

65 **Bruce,D**. (1997). COGNITIVE INTERVENTION IN ADULT PATIENTS WITH STRESS . HEALTH AND MEDICINE., VOL 2(2) 7-17.

66 **Cassel , RUSSELL ,N,T**.(1978). TAYPE A PRESOLITY AND STRESS REDUCTION BASED ON BIOFEED BACK AND COMPUTERS . BIOFEED BACK REGUL VOL 99(2). 114-20.

67 **Cleveland,E.**(1996). PSYCHOLOGICAL ASSOCITION AND OTHERS PSYCHOSOMATIC DISORDERS. PSYCHI-CLINICS OF NORTH AMERICA . VOL 19 (2) 2-22.

68 **Colomo,T**. (1994) . PSYCOLOGICAL ASPECTS OF DIABETES. RIVISTRA, DI-PSYCHIATRIA, VOL 29(6), 7-15,32 (ABSTRACT).

69 **Conner, HeTAL** . (1984). DIABETES IN PRACTICE . NEW YORK . CHIC HESTET JOHN WILEY.

70 **Daniells,S,G.E**.(1976) EMOTIONS AND DIABETES MELLITUS , AMERICAN JOURNAL OF PSYCHITARY. VOL 3(4),711-713.

71 **DAVID,G**.(1999) BEHAVIORAL ORIENTATION FOR DIABTIC PATIENT . BEHAVIOR, MODIFICATION JOURNAL VOL 23(1),2-6.

72 **Day,C.**(1990) HYPOGLYCIMIC COMPOUND FROM PLANTS IN : A NEW ANTI DIABETES DRUGS . LONDON . NISHIMURA (PUB).

73 **Deary, IAN ,J** .(1997). CONSTRUCTS AND MODEL IN HEALTH PSYCHOLOGY. THE CASE OF PERSONALITY AND ILLNESS REPORTING IN DIABETES MELLITUS . BRITISH JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY , VOL , 35-49.

74 **De-Poblo,T.**(1997) . PSYCHOLOGY CONTIRBUTION THROUGH 30 YRS. DIABETES AND PSYCHOLOGY VOL24(4),93-99.

75 **Drever,J.**(1975). THE PENGUIN DICYIONARY OF PSYCHOLOGY. ENGLAND . PENGUIN BOOK.

76 **Elliott G, ETAL.**(1964). PSYCHOSOMATIC MEDICINE , CHERNES,(EDITOR). NEW YORK . INTERNATIONAL UNIVERSITY PRESS.

77 **Ellis, A.** (1982). THE RATIONAL EMOTIVE THERAPY IN BRUKES,H,: THE THERORY AND PRACTICE OF COUNSELING PSYCHOLOGY . LONDON . PITMAUP.

78 **Ellis ,A.**(1997) . FEED BACK AND THE CONTRAL OF DIABETES . PROFFESIONAL –PSYCHOLOGY- RESEARCH AND PRACTICE JOURNAL. VOL, 28(1),17-22.

79 **Ellis.A.** (1977). REASON AND EMOTION IN PSYCHOTHERAPY, NEW YORK . THE CITADEL PRESS.

80 **English & English ,A,C.** (1985). A COMPREHENSIVE DICTIONARY OF PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOANLTICAL TEARMS, NEW YORK. LONGMAN.

81 **Esptien,L,H,A BEL, G.G. & WEBSTER,J.**(1974)BIOFFED BACK ASSISTED AND DISCRIMINATION OF EEG ACTIVITY IN THE TREATMENT OF APLPIPSY. PAPER PERSENTED AT THE MEETING OF THE ASSOCIATION FOR ADVANCEMENT OF BEHAVIOR THERAPY CHICAGO.

82 **Eysenck,H.J.** AND **EYSENCK,S.B,G**.(1969) PERSONALITY STURCTURE AND THE MEASUREMENT , LONDON . LEGDE AND KENGAN PAUL.

83 **Eysenck,H.J**.(1964) . THE STRUCTURE OF HUMAN PERSONALIT. LONDON .CO. LTD.

84 **Faidly ,L**.(1997) . INTEGRATION BETWEEN PSYCHOLOGICAL AND MEDICAL ROLES IN DIABETES JOURNAL OF INTEGRATED MEDICINE, VOL 17(3). 20-25.

85 **Gilbert,S**,(1991) . PSYCHOPHYSIOLGYICAL AND NON VERBAL CORRELATES OF EXTRAVERSION ,NEUROTICISM AND PSYCHOTICISM DURING ACTIVE AND PASSIVE COPING AMANG DIABETICS, PERSONALITY INDIVIDULS DIFFERENCE. JOURNAL OF INTERNAL MEDICINE. VOL 12 (12). 4-19.

86 **Grafeild,S,LAND KURTZ** (1979). ASVRVEY OF SELECTED ATTITUDES AND VIEWS. CLINICAL PSYCHOLOGIST. VOL 23 (3), 17-19,29-37.

87 **Grusec, J ,E,eTAL**(1990) . FOUNDATION OF PSYCHOLOGY, TORANTO, A LONGMAN COMPANY.

88 **Hendrick,H.**(1984). BEHAVIOUR MEDICINE APPROCHES TO DIABETES MEELITUS , BEHAVIOURAL MEDICINE " THE BIO PSYCHOSOCIAL APPROCH. NEW YORK .HELT PRESS

89 **Horland, E.** (1998). DIBETES AND BEHAVIOR. PSYCHOTHEROPY AND PSYCHOSOMATICS. VOL 69(4) 45,53.

90 **Jacobson,AM.**(1997). THE QUALITY OF LIFE AND DIABETES MULLITUS QUAL-LIFE-RES. VOL 6 (1),11-23,61.

91 **Jacobson, E.** (1938) . PROGRESSIVE RELAXATION, CHICAGO. PRESS CHICXAGO PULS.

92 **Jenkins,S.**(1995) AN INTOGRATED BEHAVIORAL MEDICINE APPROCH TO IMPROVING CARE OF PATIRNT'S THE DIABETES MELLITUS : BEHAVIORAL MEDICINE, JOURNAL. VOL 21 (2) 7-15.

93 **Kavild, E** . (1997). THE ROLE OF RELAXATION FOR REDUCE LEVEL OF GLO CAUSE. JOURNAL OF RELAXATION TRANING. VOL4 (5),7-9,21-27.

94 **Lane,JD.** (1993). RELAXATION FOR DIABETIC PATIENTS. JOURNAL OF RELAXATION . VOL 8 (16),18-22,61.

95 **Lazarus,A,A.**(1971). BEHAVIOR THERAPY AND BEYOND. NEW YORK . MCGROW. HILL.

96 **Lern Mark,B.** (1996). TAYPE A BEHAVIOR AND DISEASE ACTA . PEDIATR. VOL 85(7),818-824.

97 **Liakopoulou,E** . (1992) . PERSONALITY CHARACTERISTIC ENVIORNMENTAL FACTORSAND GLYCEMIC CONTRAL IN

ADULT WITH DIABETES . EUROPREA ADULT ADOLESSCENT JOURNAL . VOL 1(12). 7-17,83-84.

98 **Ludivigsson,J**.(1994) ,DIABETES IN CHILDHOOD AND ADDLESENCE AND OVER VIEW. INTERNATIONAL JOURNAL OF DIABETES. VOL 4(5), 54,64.

99 **Lu-Ning** (1995). PSY COLOGICAL WELL-BING AND PERSONALITY CHARACTERISTIC OF PATIENT WITH DIABETES. MENTAL HEALTH JOURNAL. VOL 9(2). 2-11,31.

100 **Lustman,PJ,** AND **(OTHERS)**(1997). THE ROLE OF PSYCHOTHEROPY TO CONTRAL HYPER GLYCIEMIC,GENERAL HOSPITAL OF PSYCHIATRY. VOL 19(2) ,12-26.

101 **Just Man ,E**.(1992) . RELATION SHIP OF PERSONALITY CHARACTERISTICS TO GLU COSE RE GULATION IN ADULT'S WITH DIABETES . PSYCHOSOMATIC MEDICINE. VOL 53(3):23-40,55,80.

102 **Manning –R,M**.(1995) THE REALTIONSHIP BETWEEN BEHAVIOR AND DIABETES ,DIABETES CAR . VOL 12 (56) . 409-15.

103 **Martin ,E**.(1994). TREATMENT OF ANXIETY AND DEPRESSION IN ADULT WITH DIABETES . ADULT PSYCHOLOGY JOURNAL . VOL 29(3):23-40,55,80.

104 **Masserman,J,H**.(1979). PSYCHOBEHAVIORAL THERAPY: BEHAVIOR AND NEUROSIS. NEW YORK. HEALTH PUB.

105 **Masser Man ,J.H.**(1979) BEHAVIOR AND NEUROSIS. NEW YORK. PSYCHIATRIC PRESS .

106 **Matarazzo,J,D.**(1980) . BEHAVIORAL HEALTH AND BEHAVIOR MEDICINE. AMERICAN PSYCHOLOGIST. VOL2 (1),11-19.

107 **Mc Daniel,J.** (1997) . PSYCHOLOGICAL FACTORS AFFECTING MEDICAL CONDATIONS. NEW YORK THE AMERICAN PSYCHIATRIC PRESS.

108 **Mc-Quaid,E.**(1999). BIO FEED BACK AND DIABETES CONTRAL. JOURNAL OF PEDITARIC PSYCHIATRY. VOL 33(4)3-10,22-39 .

109 **Merbis ,M.**(1996) HYPERGLYCEMIA IN DUCES EMOTIONAL DISRUPTION. PATIENT. EDUC- AND COUNSELLING JOURNAL . VOL 29 (1) 6-8.

110 **Miller , LV.** (1993). MORE EFFICENT CARE OF DIABETIC PATIENT IN ACOUNTRY HOSPITAL SETTING ENG JOURNAL MED. VOL 4(1) ,3-7.

111 **Milton,** (1989). BRIEF PSYCHOTHEROPY WITH POORLY CONTRALLED DIABETES . BRITISH JOURNAL OF PSYCHO-THERAPY, VOL 5(4). 4-10,25.

112 **Nalib OFF,A.**(1982)- DOES THE MMPI DIFFERENTATE CHRONIC ILLNESS FROM CHRANIC PAIN? VA MEDICAL CTR. VOL 31(4) ,7-13.

113 **Neurmak,Sztainer,D,J.**(1996) . ADOLESC AND HEALTH. VOL 19(4)17,27,33-38.

114 **Okada,S,J.**(1995). PSYCHO-SOCIAL EFFECTS AND DIABETES, JOURNAL OF INT-MED-RES. VOL 23940,119-122.

115 **Okada,S,J.**(1995). MULLIDIOMERAL THERAPY COUNPORD OF PSYCHO AND CHEMO THERAPY FOR DIABETICS. JOURNAL OF INT-MED-RES. VOL 23(6),22,31,50-60.

116 **Orlandini,E.** (1997). PERSONALITY TRAITS AND METABOLIC CONTRAL ASUDY IN DIABETES MELLITUS . PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS. VOL 66(6),307-313.

117 **Palumbo,P,J,LABRATH,D,R,LEVINE,R.**(1978).(EDS). THE INCIDENCE OF DIABETES MELLITUS IN ROCHESTER. NEW YORK. ACADEMIC PRESS.

118 **Peseschkian,**(1990). PSYCHOSOMATIC THERAPY OF PATIENT SUFFERING IN DIBETES MELLITUS. PSYCHATRIC ASSOCI., VOL 5 (5),30-39.

119 **Peyrot, MARK.S.**(1985). PSYCHOSOCIAL FACTORS IN DIABETES CONTRAL . PSYCHOSOMTICS MEDICINE . ,VOL 47(6):11-30.

120 **Polonsky, W,H.**(1993) PSYCHO PHYSIOLOGICAL DISORDERS. RESEARCH AND CLINICAL APPLICATIONS WATINGTON. THE AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION PRESS.

121 **Pomerleau ,O,F.**(1979). BEHAVIORAL MEDICINE. THEORY AND PRACTICE . BALTIMORE . WILLIAMS& WILLKINS.

122 **Ray, R,;**. (192). EVELUATION OF BIO FEED BACK. PSYCHOPHYSIOLOGY ., VOL 10(2) 100-102.

123 **Reyrot. M.** (1997) EMOTIONS AND DIABETES , DIABETES CARE ., VOL 20(4)616-629.

124 **Saunder,JT**. (1994) ,HOW BIO FEED BACK WORK IN DIABETES PATIENTS . BIO FEED BACK, SELF VOL 19(4)23-33.

125 **Saunder,RS**. (1993)THE EVALVATION THE ROLE OF PSYCHOLOGY FOR DIABETICS. PSYCHO-SOM. VOL55(4),380.93.

126 **Schaumburg.Q**(1988). NEUROTICISM , DISEASE ACCEPATNCE AND SEXUAL DYS FUNCTION EVALUATION BY QUESTIONNIRES AMONG DIABETIC PATIENTS. JOURNAL OF SEXIOLOGY., VOL 6(3),24-39.

127 **Shillitoe R**. (1989). HEALTH PSYCHOLOGY. BROOME , A.K. (EDITOR): LONDON . CHAMP MAN AND HALL.

128 **Steer,R.A, BECK** AND **GARRISION , B**(1969) APPLICATION OF THE BECK INVENTORY, NEW YORK. SIENTIFIC PRESS.

129 **Steptoe,A**. (1980). CONTRIBUTION TO MEDICAL PSYCHOLOGY . RECHMAN'S (EDITOR). DXFORD PERGAMAN PRESS .

130 **Strauss, G**. (1996) . PERSONALITY AND DIABETES , JOURNAL OF NURS-CLINICAL –INTERNAL MEDICINE. VOL 31(4) , 33-35.

131 **Surridge** . (1984). PSYCHIATRIC ASPECTS OF DIABETES MELLITUS . BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY , VOL 145,2-20,37.

132 **Surwlit,RS.**(1984). DIABETES AND BEHAVIOR. AMERICAN PSYCHOLOGIST . VOL 38(2),40-49.

133 **Suter,S.** (1986). HEALTH PSYCHOLOGY: MIND-BODY INTERACTION IN WELLNESS & ILLNESS. NEW JERSEY. LOWRENCE ERLBAUM ASSOCIATION PUBLI.

134 **Swift,CS.** (1995). TYAPE APERSONALITY AND DIABETES . DIABETES EDU. VOL, 21(6) ,533-40.

135 **Taylor,S,E.** (1986) HEALTH PSYCHOLOGY , NEW YORK. RANDOM HOUSE.

136 **Taylor,SeTAL & WERTBELS.D.** etal . (1991) PSYCHOLOGICAL ASPECT OF SERIOUS ILLNESS , CHRONIC CONDATIONS. WASHINGTON. CASTA PRESS.

137 **Tansman,H.**(1999). THE VALUE OF DERSONALITY CHARCTERISTIC IN DEVOLEMENT OF DIABETES PROFFESSIONAL -PSYCHOLOGY , RESEACH AND PRACTICE , VOL 30(1).9-17.

138 **Tattersall .R,B.**(1991) . PSYCHIATRIC AS PECTS OF DIABETES ,A PHYSICIAN'S VIEW . BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. VOL 139:2-11,52.

139 **The American Psychiatric Assocation, Diagnqsis And Statistical Manual Of Mental Disorders** ,(1986) 3(EDITOR) , WASHINGTON , AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION PRESS.

140 **Tobet,D.**(1998). COGNITIVE THERAPY FOR DIABETICS. JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY AND BEHAVIOR THERAPY , VOL 93(5).199-122.

141 **Viinaamaki,H.**(1995). PSYCHIATRIC ASPECTS OF DIABETES ACTA , PSYHIATR., VOL 92(5):11-19.

142 **Viinaamaki,H.**(1991) . PSYCHOTHERAPY IN PATIENT WITH DIABETES MELLITUS . PSYCHO THERAPY AND PSYCHO SOMTICS., VOL 50(1) :299-237.

143 **Weiner,H.**(1977) PSYCHOBIOLOGY AND HUMAN DISEASE , NEW YORK . PER GUMAN

144 **Wery ,J.S**(1986) PSYCHO PATHOLOGICAL DISORDERS OF CHILED HOOD ,QUAY.H.C& WERRY J,S. (EDITORS) 3 EDITION , NEW YORK . WIELLY AND SONS INC.

145 **Weyerer, S,**(1989).PSYCHIATRIC DIS ORDERS AND DIABETES, J. OF PSYCHOSOMATIC PRE. VOL33(5)52-62.

146 **Wilkinson,D,G.**(1981). PSYCHIATRIC ASPECTS OF DIABETES. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. VOL 2-11.

147 **Wolman,B,B.**(1988). PSYCHOSOMATICS DOSORDERS. NEW YORK. PLENUM MEDICAL BOOK COMPANY.

148 **Wople,J.**(1969). THE PARCTICE OF BEHAVIOR THERAPY . NEW YORK. PERGUMAN .

149 **Wolpe,**(1982). THE PRACTICE OF BEHAVIORAL THERAPY 3[ED] , PEGAMAN. NEW YORK. GENERAL PSYCHOLOGY SERIES.

150 **Wring,R,R**.(1989) . DIABETES AND ANXIETY ,DIABETES CARE . VOL 12(2),139-140.

151 **Young ,R,L** (1983). NEURO FUNCTION AND METABOLIC CENTER IN TEEGAGE DIABETES. DIABETES. 39-41.

152 **Zqmbanini,D**,(1997), THE ROLE OF EMOTIONALITY IN DIABETES, DIABETES MED., VOL 14(2)22-41.

الملاحق

ملحق رقم (١)

استفتاء تقييم الذات stai

الصورة (س –١)

تعريب وتجريب

ا.د أمينة كاظم

أستاذ علم النفس جامعة عين شمس

الاسم /

تاريخ الميلاد /

التاريخ /

الجنسية /

فيما يلي بعض العبارات التي يصف بها الناس أنفسهم في العادة ، اقرأ كل عبارة ثم ظلل المربع المناسب علي يسار العبارة لكي تعبر عما تشعر به ألان أو في هذه اللحظة . ليست هناك إجابة صحيحة و أخرى خاطئة ، فالأفراد يختلفون ، والمهم هو ما تشعر به أنت ألان ، لا تستغرق وقتا طويلا عند أي عبارة ، أعط الإجابة التي تبدو وأنها خير وصف لشعورك ألان .

العبارة	أبدا	إلى حد ما	بدرجة متوسطة	بدرجة شديدة جدا	درجة البلد
١– اشعر بالهدوء					
٢– اشعر أنني آمن					
٣– أنا متوتر					
٤– أنا نادم (آسف)					
٥– اشعر أنى معكر المزاج					
٦– بالي مشغول بما قد أصادفه من سوء الحظ					
٧– اشعر باني (براحتي)					
٨– اشعر باني مستكن (مستقر)					
٩– اشعر بالقلق					
١٠– اشعر باني مرتاح					
١١– اشعر أنني واثق من نفسي					
١٢– اشعر بالعصبية					
١٣– اشعر بالزعزعة (عدم الثقة)					

١١- اشعر انني واثق من نفسي

١٢- اشعر بالعصبية

١٣- اشعر بالزعزعة (عدم الثقة)

١٤- اشعر انني مشدود (عالي التوتر)

١٥- اشعر بالاسترخاء

١٦- اشعر بالرضا

١٧- اني مهموم (مشغول البال)

١٨- اشعر انني بالغ الاستثارة والاهتزاز

١٩- اشعر بالمرح

٢٠- اشعر بالسرور

ملحق رقم (٢)

الصورة (س–٢)

الاسم

تاريخ الميلاد

الكلية

التاريخ

الجنسية

فيما يلي مجموعة من العبارات التي يصف الناس بها انفسهم في العادة ، اقرا كل عبارة ثم ظلل المربع المناسب علي يسار العبارة لكي تعبر عما تشعر به (عادة) في الغالب ، ليست هناك عبارة صحيحة واخري خاطئة ، فالافراد يختلفون والمهم ما تشعر به انت عادة ، لا يستغرق وقتا طويلا عند أي عبارة ، اعط الاجابة التي يبدو انها تصف ما تشعر به في العادة .

١– اشعر بالسرور

٢– اتعب بسرعة

٣– اشعر بالميل للبكاء

٤– اود ان اكون سعيدا كما يبدو الاخرين

٥– تفوت علي فرص لاني لا استطيع ان اتخذ قراري

٦– اشعر اني مستكن

٧– انا هادئ رابط الجاش متمالك النفس

٨– اشعر بتراكم الصعوبات عليَّ بحيث لا استطيع تخطيها

٩– اقلق بشدة علي امورو لا تعني شيئا في الحقيقة

١٠– انا سعيد

١١– اميل الي اتخاذ الامور بجدية

١٢– تنقصني الثقة بالنفس

١٣– اشعر بالامن

١٤– احاول تجنب المصاعب والمشاكل

١٥– اشعر بالحزن

١٦- انا راض

١٧- تمر بخاطري بعض الافكار الغير هامة

١٨- اتلقي المضايقات بعنف بحيث لا استطيع ابعادها عن تفكيري

١٩- انا انسان مستقر

٢٠- تعترين حالة من التوتر او الاضطراب

كلما فكرت في مشاغلي والتزاماتي الجديدة

ملحق رقم (٣)

مقياس العصابية من استخبار ايزك للشخصية EPG

تعليمات : نرجو أن تجيب عن كل سؤال من الأسئلة التالية بوضع دائرة حول كلمة " نعم " أو كلمة " لا " التى تسبق السؤال . ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة .وليست هناك أسئلة خادعة ، أجب بسرعة ولا تفكر كثيرا حول المعنى الدقيق للسؤال .

نرجو أن تتذكر أن تجيب من كل سؤال

نعم لا ١ ـ هل يتقلب مزاجك كثيرا؟

نعم لا ٢ ـ هل يحدث أحيانا أن تشعر بالتعاسة بدون سبب ؟

نعم لا ٣ ـ هل تقلق فى كثير من الأحيان على أمور لم يكن يصح أن تفعلها او تقلها ؟

نعم لا ٤ ـ هل أنت شخص سريع الغضب ؟

نعم لا ٥ ـ هل تشعر كثيرا بأنك زهقان (طهقان) ؟

نعم لا ٦ ـ هل يضايقك فى أغلب الأحيان الشعور بأنك عملت ذنباً ؟

نعم لا ٧ ـ هل تعتبر نفسك شخصا عصبيا ؟

نعم لا ٨ ـ هل أنت مهموم باستمرار؟

نعم لا ٩ ـ هل تقلق على ما يُحتمل أن يحدث من أمور سيئة ؟

نعم لا ١٠ ـ هل تعتبر نفسك متوتر أو أعصابك مشدودة ؟

نعم لا ١١ ـ هل تصعبْ عليك نفسك من حين لأخر ؟

نعم لا ١٢ ـ هل تشعر بأنك متضايق أحيانا ؟

نعم لا ١٣ ـ هل تعانى من قلة النوم ؟

نعم لا ١٤ ـ هل تشعر غالبا بالتعب والارهاق بدون سبب ؟

نعم لا ١٥ ـ هل تشعر غالبا بأن الحياة مملة جدا ؟

نعم لا ١٦ ـ هل تتعهد غالبا بالقيام بأعمال أكثر مما يتسع له وقتك ؟

نعم لا ١٧ ـ هل تقلق كثيرا على مظهرك ؟

نعم لا ١٨ ـ هل حدث أن تمنيت لو كنت ميتا ؟

نعم لا ١٩ ـ هل تقلق لمدة طويلة جدا بعد مرورك بتجربة محرجة ؟

نعم لا ٢٠ ـ هل تعانى من الأعصاب ؟

نعم لا ٢١ ـ هل تشعر غالبا بالوحدة ؟

نعم لا ٢٢ ـ هل تُجْرَحْ مشاعرك بسهولة عندما يجد الناس فيك أو فى عملك عيبا أو خطأ ؟

نعم لا ٢٣ ـ هل تكون أحيانا مليئا بالنشاط وأحيانا أخرى خاملا جدا؟

ملحق رقم (٤)

استخبار شخصية D من بطارية جيلفورد

مستشفيات
جامعة عين شمس
مركز الطب النفسي



استخبار شخصية

التاريخ / / ١٩ رقم مسلسل : ....

D

الوظيفة ....
شهر سنة
السن ....
الجنس ....

تعليمات :

ستجد فيما يلي بعض الأسئلة ، والمطلوب أن تجيب عليها بما لا يتعدى «نعم» أو «؟» أو «لا» .

إقرأ كل سؤال على حدة . فكر في سلوكك كيف يكون عادة ، ضع دائرة حول أحسن إجابة تصف سلوكك رداً على هذا السؤال . ضع دائرة حول «؟» في حالة ما إذا كنت عاجزاً عن أن تقرر بين «نعم» أو «لا» .

تأكد من أنك لم تترك أي سؤال بدون إجابة .

الإجابة على هذه الأسئلة ليس فيها ما هو خطأ وما هو صواب ، المهم فقط هو محاولة الدقة في وصف مشاعرك أو آرائك أو عاداتك .

(*) الأصل الإنجليزي جـ . بي. جيلفورد .

أعد التعريب الدكتور مصطفى سويف ، والدكتور محمد فرغلي فراج) .

ملحوظة : يحظر بيع هذا الاستخبار إلا للهيئات الرسمية المشتغلة بالعلوم النفسية وتطبيقاتها . أما بالنسبة للأفراد فيجب الحصول على إذن كتابي من المترجمين .

١- هل تجد غالباً أنك قد فكرت بعد فوات الأوان ؟	نعم	؟		١
٢- هل تكثر من أحلام اليقظة ؟	نعم	؟	لا	٢
٣- هل تميل لأخذ الأشياء بطريقة جادة ؟	نعم	؟	لا	٣
٤- هل يجرح الناس إحساسك بسهولة ؟	نعم	؟	لا	٤
٥- هل تميل إلى الانزواء في المناسبات الاجتماعية ؟	نعم	؟	لا	٥
٦- هل يغلب عليك أن تكون متقلب الأهواء ؟	نعم	؟	لا	٦
٧- هل لديك مشاعر نقص تضايقك ؟	نعم	؟	لا	٧
٨- عندما تفكر في مستقبلك ؛ هل تجده عادة يدعو إلى التفاؤل ؟	نعم	؟	لا	٨
٩- هل أنت منتبه لنفسك بدرجة تضايقك ؟	نعم	؟	لا	٩
١٠- هل تحتفظ دائما بنفس الروح المعنوية التي أنت عليها ؟	نعم	؟	لا	١٠
١١- هل يحدث كثيراً أن تشعر بأنك زهقان من الناس ؟	نعم	؟	لا	١١
١٢- هل ترتبك في حضور رؤسائك ؟	نعم	؟	لا	١٢
١٣- هل تسرح كثيراً بينما المفروض أن مشتركاً في مناقشة ؟	نعم	؟	لا	١٣
١٤- هل تسرح غالباً عندما تحاول تركيز تفكيرك ؟	نعم	؟	لا	١٤
١٥- هل تزعجك التجارب السيئة أكثر مما يحدث للشخص العادي ؟	نعم	؟	لا	١٥
١٦- هل يتأثر مزاجك بسهولة بمن يحيطونك من السعداء أو التعساء ؟	نعم	؟	لا	١٦
١٧- هل تشعر عادة بخيبة أمل حادة لدرجة أنك لاتستطيع أن تطردها من ذهنك ؟	نعم	؟	لا	١٧
١٨- هل يحدث كثيراً أن تمر بك فترات تعاني فيها من الشعور بالوحدة ؟	نعم	؟	لا	١٨
١٩- هل تميل إلى التفكير في نفسك أغلب الوقت ؟	نعم	؟	لا	١٩
٢٠- هل تميل إلى التفكير في حالات فشلك حتى بعد أن ينقضي عليها وقت طويل ؟	نعم	؟	لا	٢٠
٢١- ألم تحس أبداً أن العالم بعيد عنك وغير حقيقي بالنسبة لك ؟	نعم	؟	لا	٢١
٢٢- ألم تتحول أبداً من الشعور بالسعادة إلى الشعور بالحزن أو بالعكس دون أسباب وجيهة ؟	نعم	؟	لا	٢٢
٢٣- هل تحس غالباً أنك مرموق بين مجموعة من الناس ؟	نعم	؟	لا	٢٣
٢٤- هل تغلب عليك مظاهر الاضطراب ؟	نعم	؟	لا	٢٤
٢٥- هل تميل إلى التأمل في ماضيك ؟	نعم	؟	لا	٢٥
٢٦- هل تهبط معنوياتك كثيراً عندما ينتقدك الناس ؟	نعم	؟	لا	٢٦
٢٧- هل تشعر بالوحدة حتى وأنت مع الآخرين ؟	نعم	؟	لا	٢٧
٢٨- هل تتعرض كثيراً للاكتئاب الشديد ؟	نعم	؟	لا	٢٨

السؤال	نعم	؟	لا	
٢٩- هل يحدث كثيراً أن تشعر بأن الناس المحيطين بك يتحدثون عنك ؟...	نعم	؟	لا	٢٩
٣٠- هل تشعر بالإرهاق أغلب الوقت ؟	نعم	؟	لا	٣٠
٣١- هل تنفق قدراً كبيراً من الوقت في التفكير في أخطائك الماضية ؟.....	نعم	؟	لا	٣١
٣٢- هل يحدث كثيراً أن يصيبك الأرق بسبب مشاغلك ؟.....................	نعم	؟	لا	٣٢
٣٣- هل يزعجك كثيراً الشعور بالذنب ؟..	نعم	؟	لا	٣٣
٣٤- هل يحدث كثيراً أن تجد النوم بالليل أمراً شاقاً ، حتى لو كنت متعباً ؟..	نعم	؟	لا	٣٤
٣٥- هل تجد من الصعب عليك أن تنام بالليل لأن أحداث اليوم لاتزال تشغل ذهنك ؟	نعم	؟	لا	٣٥
٣٦- هل يغلب عليك الشعور بأن الحياة ليس فيها سوى أشياء قليلة جداً تستحق أن تعيش من أجلها ؟	نعم	؟	لا	٣٦
٣٧- هل تحب أن تخطب في الجماهير ؟	نعم	؟	لا	٣٧
٣٨- هل من الصعب أن يجرح أحد شعورك حتى إذا كانت النكتة عليك ؟...	نعم	؟	لا	٣٨
٣٩- هل تشعر عادة بأنك في حالة طيبة وصحة جيدة ؟.........................	نعم	؟	لا	٣٩
٤٠- هل أنت في العادة متزن في علاقاتك الاجتماعية ؟	نعم	؟	لا	٤٠
٤١- هل أنت عادة معتدل المزاج ؟...	نعم	؟	لا	٤١
٤٢- هل تحدث لك تقلبات في المزاج سواء كان لذلك سبب واضح أو لم يكن ؟..	نعم	؟	لا	٤٢
٤٣- هل يحدث غالباً أن تستعرض أحداث اليوم في ذهنك قبل النوم مساء ؟	نعم	؟	لا	٤٣
٤٤- هل يضايقك أن يستحوذ شخص ما على انتباه الآخرين في جمع عام ؟..	نعم	؟	لا	٤٤
٤٥- هل تشعر غالباً أن المسائل الاجتماعية مضيعة للوقت ؟.................	نعم	؟	لا	٤٥
٤٦- هل تبتئس أحياناً لدرجة أن الحياة تبدو لك وهي لاتكاد تستحق أن نعيشها ؟..	نعم	؟	لا	٤٦
٤٧- هل حدث أن شعرت بأنك تعيش تعاسة تامة دون ما سبب معقول على الإطلاق ؟	نعم	؟	لا	٤٧
٤٨- هل يحدث كثيراً أن تكون في روح معنوية سيئة ؟.........................	نعم	؟	لا	٤٨
٤٩- هل توجد أوقات تحاول أن تنفرد فيها بنفسك ولاتستطيع أن تتحمل مرافقة أحد ؟	نعم	؟	لا	٤٩
٥٠- هل تشعر غالباً بالسأم والتعب دون سبب معقول ؟	نعم	؟	لا	٥٠
٥١- هل تعتقد أن الناس غالباً ما يسيئون فهم ما تقول ؟	نعم	؟	لا	٥١

٥٢- هل تستطيع أن تسترخي بسهولة عندما تجلس ؟	نعم	؟	لا	٥٢
٥٣- هل تستطيع عادة أن تحافظ على ابتهاجك رغما عن المتاعب ؟..........	نعم	؟	لا	٥٣
٥٤- هل تميل إلى أن تعيش في الحاضر دون تفكير في الماضي أو المستقبل ؟..	نعم	؟	لا	٥٤
٥٥- هل يغلب عليك أن تقلق لما قد يحدث من سوء حظ ؟....................	نعم	؟	لا	٥٥
٥٦- هل حدث في أي وقت أن عانيت من فكرة غير مفيدة أخذت تتردد على ذهنك كثيراً ؟..	نعم	؟	لا	٥٦
٥٧- هل ينتابك غالباً الشعور بالتفاهة ؟	نعم	؟	لا	٥٧
٥٨- هل ينفذ صبرك عندما تكون في أنتظار أحد أصدقائك أو أحد أفراد أسرتك ؟	نعم	؟	لا	٥٨
٥٩- هل تميل إلى تجنب مقابلة أشخاص معينين في الطريق (لايدخل في هذا البند الدائنون ومن على شاكلتهم) ؟..	نعم	؟	لا	٥٩

١٠ - (٠) أنا لا أشعر بأنني أظهر أسوأ مما اعتدت أن أظهر به من قبل .
(١) أنا مشغول وقلق علي أنني أظهر كبير السن أو غير جذاب .
(٢) أنا أشعر بأن هناك تغييرات ثابتة في مظهري تجعلني أظهر بطريقة غير جذابة .
(٣) أنا أشعر بأنني قبيح أو كريه المنظر .

١١ - (٠) أنا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل .
(١) أبذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء .
(٢) يجب علي أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء .
(٣) أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل علي الاطلاق .

١٢ - (٠) أنا لا أجهد أكثر مما تعودت من قبل .
(١) أنا أشعر بالاجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل .
(٢) أنا أشعر بالاجهاد من أداء أي شيء .
(٣) أنا في منتهي الاجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء .

١٣ - (٠) شهيتي للأكل ليست أسوأ من المعتاد .
(١) شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت .
(٢) شهيتي أصبحت أسوأ الآن .
(٣) أنا ليست لي شهية للأكل نهائيا .

X

ملحق رقم (٥)

مقياس (د) BDI

الدكتور / غريب عبد الفتاح غريب
أستاذ علم النفس والصحة النفسية المساعد
كلية التربية - جامعة الأزهر والامارات العربية

الاســـم :　　　　تاريخ الميلاد والسن :
المستوي التعليمي :　　　　تاريـخ اليـوم :
بيانات أخـــري :

تعليمـــات :

في هذه الكراسة مجموعات من العبارات ، الرجا أن تقرأ كل مجموعة علي حدة ، ثم قم بوضع دائرة حول رقم العبارة (٠ أو ١ أو ٢ أو ٣) والتي تصف حالتك خلال الأسبوع الماضي بما في ذلك اليوم .

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها ، وتأكد من انك قد أجبت علي كل المجموعات .

الناشر
مكتبة النهضة المصرية
٩ شارع عدلي
القاهرة

XI.

١ - (٠) أنا لا أشعر بالحزن .
(١) أنا أشعر بالحزن والكآبة .
(٢) أنا مكتئب أو حزين طول الوقت ولا أستطيع أن أنزع نفسي من هذه الحالة .
(٣) أنا حزين أو غير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك .

٢ - (٠) أنا لست متشائما علي وجه الخصوص ، أو لست مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل .
(١) أنا أشعر بأن المستقبل غير مشجع .
(٢) أنا أشعر بأن ليس لدي شيء أتطلع إليه في المستقبل .
(٣) أنا أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأشياء لا يمكن أن تتحسن .

٣ - (٠) أنا لا أشعر بأنني شخص فاشل .
(١) أنا أشعر بأنني فشلت أكثر من الشخص المتوسط .
(٢) كلما أعود بذاكرتي إلي الوراء ، كل ما أستطيع أن أراه في حياتي .. الكثير من الفشل .
(٣) أنا أشعر بأنني شخص فاشل تماما (كوالد ، والدة ، زوج ، زوجة) .

٤ - (٠) أنا لست غير راضي .
(١) أنا أشعر بالملل أغلب الوقت .
(٢) أنا لاأحصل علي الاشباع أو الرضا من أي شيء بعد الآن .
(٣) أنا غير راضي عن كل شيء .

٥ - (٠) أنا لا أشعر بأنني آثم أو مذنب .
(١) أنا أشعر بأنني رديء أو لا قيمة لي أغلب الوقت .
(٢) أنا أشعر بالذنب أو الاثم تماما .
(٣) أنا أشعر كما لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة .

٦ - (٠) أنا لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي .
(١) أنا فاقد الأمل في نفسي .
(٢) أنا مشمئز من نفسي .
(٣) أنا أكره نفسي .

٧ - (٠) أنا ليست لدي أي أفكار للإضرار بنفسي .
(١) أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي ولكن لا أنفذها .
(٢) أنا أشعر بأنه من الأفضل أن أموت .
(٣) لو استطعت .. لقتلت نفسي .

٨ - (٠) أنا لم أفقد اهتمامي بالناس .
(١) أنا أقل اهتماما بالناس مما تعودت أن أكون من قبل .
(٢) أنا فقدت أغلب اهتماماتي بالناس ، ولدي مشاعر قليلة تجاههم .
(٣) أنا فقدت كل اهتماماتي بالناس ، ولا أهتم بهم علي الاطلاق .

٩ - (٠) أنا أتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن اتخذها من قبل .
(١) أنا أحاول تأجيل اتخاذ القرارات .
(٢) أنا لدي صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات .
(٣) أنا لا أستطيع اتخاذ أي قرارات بعد الآن .